



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Tereza Kubíčková**

Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta s Creutzfeldt-Jakobovou chorobou

Paliative Nursing Care of the Patient with Creutzfeldt-Jakob disease

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Lukášová Jeřábková

Praha, 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 4. 2018.

TEREZA KUBÍČKOVÁ

.....

Podpis

### **Identifikační záznam**

KUBÍČKOVÁ, Tereza. Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta s Creutzfeldt-jakobovou chorobou. [Paliative Nursing Care of the Patient with Creutzfeldt-Jakob disease]. Praha, 2018. 48 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Lukášová Jeřábková, Lenka.

# ABSTRAKT

Creutzfeldt-Jakobova choroba (CJD) je velmi vzácné onemocnění (incidence se odhaduje na jeden případ na milion obyvatel a rok), jehož podstatou je neovladatelné množení infekční prionové bílkoviny v mozkové tkáni. Onemocnění může mít v některých formách značně dlouhou inkubační dobu, poté však velmi rychlý průběh a ve všech formách končí smrtí. V současné době neznáme kurativní léčbu a pacient je odkázán pouze na léčbu paliativní.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat ošetrovatelskou péči o pacientku s daným onemocněním a zdůraznit důležitost paliativní péče. Dílčím cílem je popsat průběh onemocnění (klinický stav pacientky) od přijetí do hospice až po závěr jejího života (celkem 27 dní) a zvýšit povědomí o tomto onemocnění mezi zdravotnickými pracovníky. Rovněž jsem si stanovila za cíl zjistit případná specifika péče o takto nemocné pacienty.

Práce je zpracována jako případová studie konkrétní pacientky s CJD. Metodou pro zpracování kazuistiky je podrobné studium zdravotnické dokumentace pacientky v hospicovém zařízení a spolupráce jak s ošetřujícím personálem, tak s lékaři.

Na základě zpracované kazuistiky mohu konstatovat, že paliativní péče se sice u rozdílných diagnóz zásadně neliší, nicméně pro péči o pacienty s Creutzfeldt-Jakobovou chorobou je specifické preventivní používání jednorázového materiálu. Velmi významný je také fakt, že všechna podezření na transmisivní spongiformní encefalopatie je nutné hlásit jedinému specializovanému pracovišti v ČR. Na tomto pracovišti se také provádí povinná pitva po smrti každého pacienta s CJD, neboť definitivní diagnóza lze prokázat pouze pitvou.

**klíčová slova:** ošetrovatelská péče, paliativní péče, terminální stádium, Creutzfeldt-Jakobova choroba, pacient

## ABSTRACT

Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) is very rare disease (estimated incidence is one case for one million people per year), which nature is uncontrollable reproduction of infectious prion protein in brain tissue. In some cases, the disease might have long incubation time but then very fast progression and in all cases, it ends with death. Nowadays we do not know curative treatment and the patient depends only on palliative treatment.

The main goal of my Thesis is to describe a nursing care of a patient with this disease and to emphasize the importance of the palliative care. Partial goal is to describe disease progression (clinical condition of the patient) from the admission to the hospice until the end of her life (total of 27 days) and to increase knowledge about this disease among the medical staff. I also set a goal to find out specifics of care of patients with this disease.

The Thesis is written as case report of a specific patient with Creutzfeldt-Jakob disease. The methodology for case report is detailed study of patient's medical documentation in the hospice and cooperation with nursing staff and doctors.

Based on the case report I can state that palliative care does not differ a lot for varied diseases of patients, however for patients with CJD the specific is the preventive use of disposable material. Very important fact is also that all suspicions of TSE must be reported and consult with the only specialised workplace in Czech Republic. At this workplace also, the mandatory autopsy is done after death of all patients with this disease, because the definitive diagnosis can be proved only after the autopsy.

**keywords:** nursing care, palliative care, terminal stage, Creutzfeldt-Jakob disease, patient

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí Mgr. Lence Lukášové Jeřábkové zejména za její odborné vedení bakalářské práce. Dále za velkou trpělivost, ochotu a veškerý čas, který mi věnovala.

Velké díky patří panu řediteli a celému kolektivu všech pracovníků hospicového zařízení za jejich pomoc a vstřícný přístup při získávání informací k psaní závěrečné bakalářské práce. Rovněž jim děkuji, že jsem u nich mohla absolvovat svou nejkrásnější stáž a ukázali mi, jakým směrem se chci v životě vydat.

V neposlední řadě děkuji také svým rodičům a příteli. Nejen za jejich velkou podporu během celého studia, ale také při psaní bakalářské práce. Vážím si jejich cenných rad a odborných připomínek.

# Obsah

<b>1. Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Přehled literatury .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Creutzfeldt – Jakobova choroba (CJD).....</b>	<b>11</b>
3.1. Historie .....	11
3.2. Epidemiologie .....	12
3.3. Etiologie a patogeneze .....	12
3.4. Formy CJD .....	13
3.4.1. Sporadická (klasická) CJD.....	13
3.4.2. Dědičná (familiární) CJD.....	13
3.4.3. Náhodně přenesená (iatrogenní) CJD .....	13
3.4.4. Nová varianta CJD (vCJD,nvCJD).....	14
3.5. Klinický obraz .....	15
3.6. Diagnostika.....	17
3.6.1. Vyšetření likvoru .....	17
3.6.2. EEG vyšetření .....	17
3.6.3. CT nebo MR .....	18
3.6.4. Ostatní laboratorní vyšetření.....	18
3.6.5. Histologické vyšetření .....	18
3.6.6. Genetické vyšetření.....	18
3.6.7. Diferenciální diagnostika.....	18
3.6.8. Povinné hlášení .....	20
3.7. Terapie.....	20
3.8. Prognóza.....	20
3.9. Prevence .....	20
3.10. Doporučení pro ošetrovatelskou péči (možnosti léčby).....	21
<b>4. Paliativní péče .....</b>	<b>22</b>
4.1. Multidisciplinární přístup v paliativní péči .....	22
4.2. Historie paliativní péče.....	22
4.2.1. Historie paliativní péče ve světě .....	22
4.2.2. Historie paliativní péče v České republice .....	24
4.3. Rozdělení paliativní péče .....	24
4.3.1. Obecná paliativní péče.....	24

4.3.2.	Specializovaná paliativní péče .....	24
4.4.	Místa poskytování paliativní péče .....	25
4.4.1.	Paliativní péče doma .....	25
4.4.2.	Paliativní péče v nemocnici .....	26
4.4.3.	Paliativní péče v lůžkových hospicích .....	26
4.5.	Proces umírání .....	26
4.5.1.	Období pre finem .....	26
4.5.2.	Období in finem .....	26
4.5.3.	Období post finem .....	27
4.6.	Pět fází umírání .....	27
4.7.	Potřeby pacienta v paliativní péči .....	28
4.7.1.	Potřeby biologické .....	28
4.7.2.	Potřeby psychologické .....	28
4.7.3.	Potřeby sociální .....	28
4.7.4.	Potřeby spirituální .....	28
<b>5.</b>	<b>Použité metody .....</b>	<b>29</b>
<b>6.</b>	<b>Případová studie .....</b>	<b>30</b>
6.1.	Základní údaje o pacientovi .....	30
6.2.	Anamnéza .....	31
6.3.	Zhodnocení stavu při přijetí .....	31
6.3.1.	Zhodnocení stavu pacientky lékařem .....	31
6.3.2.	Zhodnocení stavu pacientky sestrou .....	32
6.4.	Ošetrovatelský proces .....	34
6.4.1.	Ošetrovatelský proces u diagnóz stanovených při přijetí .....	34
6.4.2.	Ošetrovatelský proces u diagnóz doplněných v průběhu hospitalizace .....	38
6.5.	Zaznamenávání a zhodnocení stavu pacienta v průběhu hospitalizace .....	40
6.6.	Péče o pozůstalé .....	45
<b>7.</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>46</b>
<b>8.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>48</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>49</b>
	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>51</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>52</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>53</b>



# 1. Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu osobního zájmu o paliativní péči. Vzhledem k relativně velkému množství zpracovaných prací z oblasti paliativní medicíny jsem se rozhodla pro kazuistiku pacienta se vzácným onemocněním nazývaným Creutzfeldt-Jakobova choroba (CJD).

Creutzfeldt-Jakobova choroba je prionové onemocnění, jehož podstatou je neovladatelné množení infekční prionové bílkoviny v mozkové tkáni. Postihuje především oblast mozkové kůry a podkorové šedi (Franková, 2004, s. 606). Ke klinickým příznakům lze zařadit poruchy paměti, zraku, koordinace, rovnováhy a chování. Obvykle do dvou let od počátečních příznaků nastupuje rychle progredující demence trvající od jednoho týdne až po několik měsíců (Hönigová, 2016, s. 197).

Onemocnění se vyskytuje ve čtyřech formách (sporadická, familiární, iatrogenní a nová varianta CJD). Ve své kazuistické práci se budu zabývat v první řadě formou sporadickou, která se u nemocných s touto chorobou vyskytuje v 85 % případů (Jiráček, 2013, s. 167).

Incidence CJD se celosvětově udává jeden až dva případy na milion obyvatel a rok, ve věku nad 65 let potom incidence stoupá na pět případů na milion obyvatel a rok. Není však vyloučeno, že může být vyšší, neboť některé případy nemusí být diagnostikovány (Franková, 2008, s. 606).

U pacientů s tímto onemocněním neznáme ani v současné době kurativní léčbu a pacient je odkázán pouze na léčbu paliativní. CJD ve všech formách vždy končí smrtí.

Pro zpracování kazuistiky této konkrétní diagnózy jsem se rozhodla zejména z důvodu vzácnosti tohoto onemocnění a malém povědomí společnosti o skutečnosti, že i v České republice se vyskytuje. Jako zdravotníci se tedy můžeme s tímto onemocněním při své profesi kdykoliv setkat.

## 2. Přehled literatury

Přehled literatury k bakalářské práci jsem začala zpracovávat na základě vícezdrojové rešerše vytvořené v Národní lékařské knihovně v Praze. Rešerše byla zadána v srpnu 2017, časově jsem požadavek vymezila na roky 2007-2017. Klíčová slova jsem zadala jak v češtině, tak v angličtině (paliativní péče, terminální stádium, Creutzfeldt-Jakobova choroba, prionové onemocnění, palliative care, terminal stage, Creutzfeldt-Jakob disease, prion disease). Rešerše byla vyhotovena během 14 dní a celkem byly nalezeny 4 monografie (z toho 2 cizojazyčné) a 33 článků, z toho 9 cizojazyčných. Vzhledem k nedostatečnému množství zdrojů jsem dále vyhledávala v repozitáři závěrečných prací Univerzity Karlovy. Mnoho informací o CJD jsem rovněž našla v monografiích z oborů psychiatrie, neurologie a infekčního lékařství ve studovně 1. lékařské fakulty. Zdroje z oblasti paliativní medicíny jsem rovněž vyhledávala ve studovně 1. lékařské fakulty, kde jsem měla na výběr z velkého množství odborné literatury.

V celé bakalářské práci je použit citační styl podle normy ISO 690.

### 3. Creutzfeldt – Jakobova choroba (CJD)

**Creutzfeldt–Jakobova choroba** (Creutzfeldt–Jakob disease, CJD) je velmi vzácné neurodegenerativní onemocnění mozku (jeden případ na milion obyvatel a rok) (Staňková, 2002, s. 154), které je odborníky řazeno mezi *transmisivní spongiformní encefalopatie* (TSE), tj. přenosná onemocnění mozku, měnící jeho strukturu, tak, že připomíná mořskou houbu. CJD lze řadit též mezi prionové choroby, neboť jejich původcem jsou tzv. priony, angl. *proteinaceous infectious particles* tj. infekční částice, tvořené pouze molekulou bílkoviny. Pro tuto vzácnou chorobu, která je však současně ze všech TSE statisticky nejčastější, je charakteristické, že postihuje zvířata i člověka, má obvykle velmi dlouhou inkubační dobu (nástup symptomatologie až 30 let po nákaze), rychlý průběh a infaustní prognózu (Klán, 2016, s. 39).

Principem onemocnění, napadající více oblastí mozku, zejména mozkovou kůru a oblasti podkorové šedi (Franková, 2004, s. 606), je degenerace neuronů – kompenzovaná proliferací astrocytů – a vakuolizace glie, což vede k chronické spongiformní encefalitidě (Seidl, 2015, s. 242).

Z hlediska symptomatologie dominuje rychle progredující demence (většinou do dvou let od počátečních příznaků), k níž se přidružuje celá řada dalších neurologických symptomů, jako jsou myoklonus, mozečková ataxie, zraková dysfunkce a pyramidové i extrapyramidové poruchy (Hönigová, 2016, s. 197).

#### 3.1. Historie

„Podivné nodulární onemocnění nervového systému“ popsal poprvé v roce 1920 německý neuropatolog (později profesor neurologie a psychiatrie) **Hans Gerhard Creutzfeldt** u pacientky ve věku 23 let. Protože již tehdy poznal, že jde o nemoc v určitých aspektech odlišnou od roztroušené sklerózy (byť některé příznaky byly podobné), označil chorobu jako „pseudosklerózu“ (Jiráček, 2013, s. 167).

Patrně jen shodou okolností o několik měsíců později popsal další německý neuropatolog (později profesor neurologie) **Alfons Maria Jakob** několik podobných případů pod názvem „spastická pseudoskleróza“ (Jiráček, 2013, s. 167).

Jména svých dvou věkově mladších kolegů o další rok později (1922) spojil a tím pádem medicínský eponym *Creutzfeldt–Jakobova choroba* (*Creutzfeldt–Jakob–Krankheit*) poprvé použil třetí německý neuropatolog **Walther Spielmeyer**, který v projevech dosud neznámé nemoci, kterou oba výše zmínění popsali, našel nápadnou shodu (Jiráček, 2013, str. 167).

V roce 1957 byl v časopisu *New England Journal of Medicine* publikován článek s názvem *Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy v Nové Guineji: endemický výskyt "kuru" v domorodé populaci*, jehož autorem byl americký lékař a vědec slovenského původu **Daniel Carleton Gajdusek**. Jak profesor Gajdusek prokázal, příčinou onemocnění *kuru* byl pohřební kanibalismus (rituální konzumace mozků zemřelých příbuzných) u domorodců na

Nové Guineji. Později se prokázala úzká souvislost mezi onemocněním *kuru* a *Creutzfeldt–Jakobovou chorobou* a Gajdusek byl za své výzkumy v roce 1976 – spolu s americkým lékařem a genetikem Baruchem Samuelem Blumbergem – oceněn *Nobelovou cenou za fyziologii a medicínu* (Dušek, 2015, s. 191).

### 3.2. Epidemiologie

Celosvětová incidence CJD se udává v počtu jednoho až dvou případů na milion obyvatel a rok, ale je velmi pravděpodobné, že skutečný výskyt je o něco vyšší, protože některé případy mohou zůstat nediagnostikovány. Z medicínských statistik dále vyplývá, že nemoc postihuje osoby starší 50 let (Staňková, 2002, s. 154), průměrný věk pacientů na začátku onemocnění je 60 let, průměrné trvání nemoci je asi 8 měsíců a 85–90 % nemocných umírá do jednoho roku od klinické manifestace choroby, přičemž podle dosud publikovaných informací jsou obě pohlaví postižena stejně často (Jirák, 2013, s. 167).

### 3.3. Etiologie a patogeneze

Etiologickým agens CJD jsou **priony** (*Proteinaceous Infectious Particles*), malé proteinové částice, které nemají nukleové kyseliny, označované zkratkou PrP (*prionový protein*). Patogeny jsou prostorově změněné molekuly normálního membránového glykoproteinu (PrP<sup>c</sup>), což je buněčná izoforma PrP, která je obsažena fyziologicky v buňkách mnoha lidských tkání (např. buňky CNS, lymfocyty B a T, či slizniční buňky gastrointestinálního traktu). V případě nemoci jde buď o **PrP<sup>Sc</sup>**, což je patogenní izoforma PrP, získaného z mozku ovčí postižených neurodegenerativní chorobou zvanou **scrapie** (česky *klusavka* či *drbavka*) nebo **PrPres**, což je prionový protein rezistentní na proteázy (Jirák, 2013, s. 168).

PrP<sup>Sc</sup> obsahuje zcela stejné sekvence aminokyselin jako normální prionový protein, ale prostorové uspořádání jeho částic je odlišné, což způsobuje, že PrP<sup>Sc</sup> má na rozdíl od fyziologických prionů zásadně jiné vlastnosti ve smyslu mnohem větší odolnosti; PrP<sup>Sc</sup> jsou prakticky rezistentní vůči mrazu, vysušení, varu, pasterizaci, UV a ionizujícímu záření. Nezničí je ani běžná sterilizace (Staňková (2002, s. 155), uvádí úspěšné použití autoklávu) či většina obvyklých dezinfekčních prostředků, a v půdě přetrvávají až několik let (Jirák, 2013, s. 168).

Přesný mechanismus šíření PrP<sup>Sc</sup> v mozku dosud není jasný, ale převažuje názor, že patogenní PrP<sup>Sc</sup> po kontaktu s tkáňovým PrP<sup>c</sup> v úloze jakési „šablony“ stimuluje změnu jeho prostorové struktury, tj. jeho změnu na PrP<sup>Sc</sup> (Jirák, 2013, s. 168).

Tzv. *prionovou teorii* formuloval v roce 1982 americký profesor neurologie a biochemie na *University of California* v San Franciscu **Stanley B. Prusiner**. V roce 1997 za ni obdržel *Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu* (Klán, 2016, s. 39).

### 3.4. Formy CJD

Onemocnění má 3 (respektive 4) formy, které se liší především etiologií.

#### 3.4.1. Sporadická (klasická) CJD

Prakticky všichni autoři se shodují v tom, že nejčastější (asi 85 % případů) je *forma sporadická* (někdy též označovaná jako *klasická*), jejíž příčinou je náhodná (spontánní) mutace genu pro tvorbu prionového proteinu, tj spontánní konverze PrP<sup>c</sup> na PrP<sup>Sc</sup>. Tato nemoc je v odborných kruzích známá od roku 1920 a dosud byla diagnostikována ve všech zemích světa, kde je její diagnostika možná. Výskyt zmíněné formy se udává do dvou případů na milion obyvatel a rok (dle Jiráka, 2004, s. 246 a Beneše, 2009, s. 374), dle Klána (2016, s. 40) 1–2 případy/milion obyvatel/rok, postihuje pacienty ve velkém věkovém rozpětí 14 – 92 let (Klán, 2016, s. 40), ale statisticky nejčastěji ve věku vyšším než 50 let (dle Beneše, 2009, s. 374 nejčastěji ve věku 50 – 60 let, dle Jiráka, 2004, s. 247 v rozmezí 60 – 65 let, dle Klána 2016, s. 40 činí průměrný věk 65 let) a podle většiny autorů jsou obě pohlaví postižena stejně často (jen Beneš, 2009, s. 374 udává větší podíl mužů v poměru 3 : 2). Onemocnění trvá zpravidla 4 až 5 měsíců, maximálně do jednoho roku (Jirák, 2004, s. 247; Klán, 2016, s. 40), přičemž 90 % nemocných umírá do jednoho roku po stanovení diagnózy a méně než 4 % postižených přežijí déle než dva roky.

Definitivní diagnóza této formy CJD je neurohistologická a imunohistochemická (Jirák, 2004, s. 247).

#### 3.4.2. Dědičná (familiární) CJD

Příčinou druhé, méně častá formy – podle Staňkové, 2002, s. 154 tvoří 15 %, podle Jiráka, 2013, s. 176 10 až 15 %, podle Beneše, 2009, s. 374 10 % – je patogenní mutace genu, kódujícího tvorbu prionového proteinu na krátkém raménku 20. chromozómu, přičemž onemocnění je podmíněno dědičně (autozomálně dominantní typ dědičnosti) a v praxi představuje 50 % riziko vzniku onemocnění v prvním stupni příbuznosti (Jirák, 2013, s. 176). Dosud nejvyšší výskyt (26 případů na milion obyvatel) byl popsán u Židů libyjského původu (Beneš, 2009, s. 374), v Evropě byl statisticky významně vyšší výskyt zaznamenán ve dvou slovenských regionech, v oblasti Kysuce, tj. severně od Žiliny směrem k polským hranicím, a také na jihu země s přesahem do přilehlé oblasti Maďarska (Jirák, 2004, s. 248).

Klinický obraz je shodný s předcházející (sporadickou) formou, stran diagnostiky se všichni autoři shodují, že rozhodující je výskyt CJD u přímého příbuzného (tj. v prvním stupni příbuznosti) a průkaz specifické mutace genu PrP (Jirák 2004, s. 248; Beneš, 2009, s. 374; Klán, 2016, s. 40).

#### 3.4.3. Náhodně přenesená (iatrogenní) CJD

Třetí a nejméně častá (podle Staňkové, 2002, s. 154 kolem 1 %, podle Jiráka, 2013, s. 177 méně než 5 %) je forma získaná neboli přenesená či iatrogenní, způsobená expozicí normálního proteinu abnormální izoformou (Staňková, 2002, s. 154) v důsledku přenosu

infikované lidské tkáně v rámci léčby růstovým hormonem nebo gonadotropiny z lidských hypofýz zemřelých osob (před zavedením výroby těchto léků rekombinantní technologií – údajně až 130 případů), v minimálně 110 případech po použití štěpů dura mater, v minimálně 6 případech v souvislosti s neurochirurgickými výkony kontaminovanými nástroji a elektrodami a ve třech publikovaných případech po transplantaci rohovky (Beneš, 2009, s. 374).

Diagnostiku této formy, jejíž průměrná inkubační doba činí 15 let (u přenosu štěpu tvrdé pleny se uvádí mnohem kratší – 2 až 4 roky), většinou usnadní anamnestický údaj iatrogenního rizika, nejčastěji ve smyslu transplantace tkáně či užití lidského hormonu (Jiráček, 2004, s. 248 a 2013, s. 177).

#### **3.4.4. Nová varianta CJD (vCJD,nvCJD)**

Co se týká případné čtvrté formy onemocnění, nelze dosud v odborných kruzích hovořit o konsenzu. Někteří ji totiž označují jako novou variantu *CJD* (*vCJD* nebo též *nvCJD*), podle jiných je však tento název nesprávný, neboť se jedná o zcela odlišnou samostatnou nozologickou jednotku. Jisté je, že jde o lidskou formu *bovinní spongiformní encefalopatie* (*BSE*), neboť příčinou onemocnění geneticky vnímavých jedinců jsou v tomto případě boviní priony, které se do lidského těla dostávají konzumací hovězího masa, přičemž za rizikové hovězí tkáně se považují mozek, mícha, sítnice, kostní dřeň, slezina a distální ileum (Staňková, 2002, s. 155).

Nová varianta byla poprvé popsána ve Velké Británii v roce 1996, tedy deset let po zveřejnění prvních případů *BSE*. Celosvětově bylo ke konci roku 2003 evidováno 153 případů nové varianty *CJD*, z toho 143 ve Velké Británii (Beneš, 2009, s. 375). O deset let později již bylo popsáno více než 200 zemřelých na *vCJD*, z nichž 170 bylo ve Velké Británii, další případy byly evidovány ve Francii, Irsku, Kanadě, Španělsku, Itálii a dalších zemích. Od vyvrcholení výskytu *vCJD* v letech 1999–2000 počet nových případů onemocnění klesá (Jiráček, 2013, s. 179). Výskyt této varianty *CJD* v České republice nebyl dosud zaznamenán (Rohan, 2013, s. 300).

Onemocnění je v určitých případech přenosné i krevní transfúzí. Tento předpoklad se potvrdil ve Velké Británii v roce 2010, kdy zemřeli tři lidé po přijetí krevní transfúze od nakažené osoby. Provádí se proto při darování krve preventivní opatření, kdy jsou z darování vyloučeni lidé, kteří v letech 1980-1996 pobývali ve Velké Británii více než 6 měsíců (Robert Koch Institut, 2010).

Prognóza *vCJD* je stejně nepříznivá jako sporadická forma (Krombholz, 2014, s. 33).

Při diagnostice je výhodou, že u *vCJD* se priony nacházejí i v periferních lymforetikulárních tkáních (slezina, lymfatické uzliny, tonzily, apendix), takže jejich detekce může být využita již za života nemocného bez nutnosti mozkové biopsie (Jiráček, 2013, s. 179). Diagnózu lze tedy stanovit biopsií z patrové mandle (Rohan, 2015, s. 117).

V České republice byla tato nemoc u hovězího dobytka vůbec poprvé identifikována v roce 2001 na Vysočině, a to v Zemědělském družstvu v Dušejově. Zatím poslední případ BSE byl zjištěn v květnu 2009, a to v Oldřišově na Opavsku. Celkově bylo na našem území laboratorně zjištěno a potvrzeno 30 pozitivních případů.

Dětskou variantou Creutzfeldt-Jakobovy choroby je tzv. **Alperova nemoc**. Má stejné projevy jako CJD u dospělých, navíc ji provází jaterní steatóza. (Beneš, 2009, s. 374)

### 3.5. Klinický obraz

V klinickém obrazu pacientů dominuje při sporadické formě rychle postupující kortikální i subkortikální demence s postižením všech složek kognice (= poznávací schopnosti) v rozličných kombinacích, jako jsou poruchy orientace v čase a prostoru, poruchy paměti, frontální dysfunkce, afázie (= vady řeči) a agnózie, tj. neschopnost rozpoznat předměty, osoby, zvuky, tvary a vůně či pachy (Klán, 2016, s. 40).

Statisticky u asi třetiny nemocných mohou tomuto klinickému obrazu předcházet nespecifické prodromální příznaky, ke kterým počítáme únavu, nespavost, deprese, hubnutí bolesti hlavy a psychotické příznaky (Jiráček, 2013, s. 168-169; Klán, 2016, s. 40).

K demenci se pak připojují nejméně dva ze čtyř více méně typických klinických projevů:

- 1) **myoklonus** (nepravidelné prudké záškuby různých svalů), často asymetrický, asynchronní a nerytmický, vzniklý spontánně nebo vyvolaný zevním podnětem, jako je světlo, dotek či zvuk,
- 2) **mozečkové a zrakově prostorové dysfunkce**, např. ataxie (ztráta koordinace pohybů), nystagmus (kmitavý pohyb očních bulbů), poruchy pohledu, výpadky zorného pole a zrakové halucinace,
- 3) **pyramidové a extrapyramidové projevy**: změny svalového tonu, poruchy chůze, oslabení svalové síly, parézy (= částečné ochrnutí) či plegie (= úplné ochrnutí),
- 4) **akinetický mutismus**: rigidita (= svalová ztuhlost) a neschopnost souvislé řeči (Jiráček, 2013, s. 169; Klán, 2016, s. 40).

Kromě projevů demence a myoklonu patří k typické triádě symptomů rovněž abnormální periodický EEG záznam s periodickým opakováním patologických vln (Beneš, 2009, s. 374).

U pacientů v terminálním stádiu onemocnění bývá přítomna imobilita, inkontinence, pseudobulbární syndrom a korová slepota (Klán, 2016, s. 40).

**Tabulka č. 1** – Klinická stádia CJD (Zdroj: Franková, 2008, s. 117)

<b>Stádium</b>	<b>Příznaky</b>
<b>Prodromální stádium</b>	Únava, nespavost, deprese, úbytek hmotnosti, bolesti hlavy nebo bolest jiné lokalizace, psychotické příznaky
<b>Stádium rychlé klinické deteriorace</b>	Progredující demence a neurologické příznaky (myoklonus, ataxie, pyramidové a extrapyramidové příznaky)
<b>Stádium těžkého postižení</b>	Imobilita, mutismus, svalová rigidita, korová slepota, dysfagie

**Tabulka č. 2** – Klinické příznaky CJD na začátku onemocnění a v jeho průběhu (Zdroj: Franková, 2004, s. 606)

<b>Klinický příznak</b>	<b>Na začátku onemocnění (%)</b>	<b>V průběhu onemocnění (%)</b>
Kognitivní postižení	69	100
Ztráta paměti	48	100
Behaviorální poruchy	29	57
Mozečkové příznaky	33	71
Zrakové poruchy	19	42
Pyramidové příznaky	2	62
Extrapyramidové příznaky	0,5	56
Akinetický mutismus	0	75
Epileptické záchvaty	0	70
Myoklonus	1	78
Periodické změny EEG	0	60



Bezprostřední příčinou úmrtí bývá u pacientů se sporadickou formou CJD sekundární pneumonie nebo urosepse (Beneš, 2009, s. 374).

Klinický průběh variantní CJD se od sporadické formy CJD odlišuje především následujícími znaky:

- postihuje mladší jedince ve věku 20–40 let (průměrný věk činí 29 let)
- v klinickém obraze převažují změny chování, jako neklid, emoční labilita, podrážděnost, a agresivita (výbuchy zlosti, záchvaty křiku, ničení předmětů), dále deprese, úzkost, poruchy visu (diplopie či rozmazané vidění), ataxie a dysestezie (zvýšená citlivost, mravenčení, brnění, až úporné svědění kůže)
- později nastupuje rigidita a afázie
- mimovolní pohyby, poruchy orientace a další projevy demence se projevují později než u klasické formy CJD
- začátek a průběh jsou plíživé, pomalé, onemocnění končí letálně v rozmezí 8 až 24 měsíců (průměrně 14 měsíců)
- nebývá přítomen charakteristický EEG nález (Beneš, 2009, s. 375; Jiráček, 2013, s. 178)

### **3.6. Diagnostika**

Stanovení diagnózy CJD je velice obtížné.

Diagnostika vychází především z klinického obrazu, vyšetření EEG a o detekce tzv. markerů neuronálního poškození v séru a likvoru (Staňková, 2002, s. 155).

Definitivní diagnózu lze stanovit až po neurohistologickém vyšetření, které je doplněno imunohistochemickými metodami, metodou Western blot a molekulárním genetickým vyšetřením (Lukáš, 2009, s. 3).

#### **3.6.1. Vyšetření likvoru**

Vysoce senzitivním markerem sporadické CJD je protein 14-3-3 (tzv. marker neuronální smrti), který je možné prokázat v likvoru metodou Western blot. Tento marker bývá přítomen již v časných stádiích onemocnění, dokonce před nástupem klinických příznaků (Beneš, 2009, s. 374). Průkaz proteinu 14-3-3 v likvoru však může být v 5-10 % falešně pozitivní (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2017).

Dalším markerem poškození neuronů je neuron-specifická enoláza, jejíž stanovení je sice jednodušší a rychlejší, ale její senzitivita a specifita pro CJD je nižší. Podle některých autorů může diagnózu usnadnit vyšší hladina mozkového izoenzymu kreatininkinázy, označované jako CK-BB (Beneš, 2009, s. 375).

#### **3.6.2. EEG vyšetření**

Nejprůkaznější neinvazivní diagnostickou metodou je EEG, byť na začátku onemocnění může být výsledek tohoto vyšetření zcela v normě. Později jsou typickým obrazem

generalizované bi-/trifázické periodické komplexy s frekvencí 0,5 – 2 Hz a trváním 100–300 s (periodicky se opakující výboje ostrých vysokovoltážních synchronních vln nad oběma hemisférami, většinou na pomalém pozadí), které se vyskytují u 60–80 % nemocných, přičemž s postupující chorobou bývá typický EEG nález ještě častější. Proto je – zejména v nejasných případech – vhodné EEG vyšetření několikrát opakovat s odstupem jednoho až dvou týdnů (Beneš, 2009, s. 375; Jiráček, 2013, s. 170).

### **3.6.3. CT nebo MR**

Nálezy na CT či MR mohou být jak normální, tak mohou ukazovat různé stupně mozkové atrofie. Při vyšetření MR podporuje diagnózu CJD detekce signálu o vysoké intenzitě v bazálních gangliích, zejména pak metodou FLAIR sekvencí (Beneš, 2009, s. 375).

### **3.6.4. Ostatní laboratorní vyšetření**

U některých pacientů s CJD (asi u jedné třetiny) lze v séru zachytit přechodné zvýšení aminotransferáz, hodnota AST bývá zpravidla vyšší než ALT. Jiná běžná hematologická i biochemická vyšetření (i zánětlivé markery) bývají v normě (Beneš, 2009, s. 375).

### **3.6.5. Histologické vyšetření**

Definitivní rozhodnutí o diagnóze CJD se vždy opírá o pozitivní histologický nález. Ve zcela ojedinělých případech (při nutnosti vyloučit jiné, a sice léčitelné onemocnění) je indikována biopsie z postižené části mozku (obvykle z kůry nedominantního frontálního laloku) u žijících pacientů. Běžně se proto materiál pro vyšetření získává až při sekci. V případě, že provedení pitvy není možné či z nějakých příčin není dovoleno, je třeba usilovat o provedení posmrtné biopsie mozku. Zásadním přínosem histologického vyšetření je průkaz spongiformní degenerace neuronů. V mozkové kůře, putamen, nukleus caudatus, thalamu a mozečku jsou mezi neuronálními těly četné vakuoly velikosti 1–5 mikrometrů, a proto nález v optickém mikroskopu připomíná vzhledem mořskou houbu, což se stalo podnětem k termínu „spongiformní“ v názvu celé skupiny těchto nemocí. Dalšími histologickými znaky jsou astrocytární glióza bez zánětlivé reakce, amyloidní plaky a mikroskopická i makroskopická atrofie mozku. Součástí postmortální diagnostiky je vždy také imunohistochemické vyšetření na přítomnost PrP rezistentního na proteinázu (Beneš, 2009, s. 375).

### **3.6.6. Genetické vyšetření**

Genetické vyšetření genu pro PrP je doporučováno pacientům, u kterých se v rodině CJD vyskytla (Beneš, 2009, s. 375).

### **3.6.7. Diferenciální diagnostika**

Hlavním cílem diferenciální diagnostiky je odlišit CJD od jiných demencí a ataxií. Velmi častá je záměna za Alzheimerovu chorobu, zejména pak u pacientů, u kterých se CJD objevila po 60. roce. Pokud jsou postiženy přední rohy míšního a jádra distálních nervů, může CJD také připomínat amyotrofickou laterální sklerózu. Z infekčních příčin je možná záměna

za neurolyues či demenci u HIV. Nutné je vyloučit také autoimunitní choroby či hormonální a metabolická onemocnění (Beneš, 2009, s. 375).

**Tabulka č. 3** – Vyšetření a typický nález u CJD (Zdroj: Holmerová, 2009, s. 59)

<b>Psychiatrické</b>	rychle progredující demence s časným začátkem, počáteční nespecifické psychiatrické příznaky
<b>Neurologické</b>	svalové záškuby, poruchy rovnováhy, poruchy hybnosti, poruchy zraku a řeči, třes, ztuhlost
<b>EEG</b>	difuzní zpomalení základního rytmu a periodický vzorec ostrých vln, většinou trifázických s rychlou repeticí: nález měnlivý
<b>MRI</b>	bilaterální zvětšení intenzity signálu v sekvencích T2 a zejména FLAIR, především v oblastech bazálních ganglií
<b>Likvor</b>	průkaz proteinu 14-3-3

**Tabulka č. 4** – Diagnostika sporadické CJD (Zdroj: Jiráček, 2013, s. 172)

<b>I. Možná diagnóza</b>
Progresivní demence (trvající méně než 2 roky) Nejméně dva z následujících klinických příznaků: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Myoklonus</li> <li>• Ataxie</li> <li>• Pyramidové/extrapyrámidové příznaky</li> <li>• Akinetický mutismus</li> </ul>
<b>II. Pravděpodobná diagnóza</b>
Možná diagnóza + periodický komplex ostrých vln na EEG a/nebo Možná diagnóza + průkaz proteinu 14-3-3 v likvoru a/nebo Možná diagnóza + hyperintenzity v nucleus caudatus a putamen nebo v minimálně dvou korových oblastech (temporo-parieto-okcipitálně) na MR
<b>III. Definitivní diagnóza</b>
Potvrzení neurohistologickým vyšetřením, imunohistochemickými metodami a metodou western blot, popř. také genetickým vyšetřením

### **3.6.8. Povinné hlášení**

Všechny případy CJD i všechna podezření na přenosnou TSE podléhají povinnému hlášení podle § 62 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Jediným koordinacním pracovištěm pro diagnostiku a terapii TSE je Neurologická klinika Thomayerovy nemocnice v Praze 4, kam je každý případ podezření na TSE nutno hlásit a konzultovat další postup. Zmíněná nemocnice zajišťuje všechna potřebná vyšetření pro diferenciální diagnostiku nemoci (MR, EEG, vyšetření likvoru včetně proteinu 14-3-3 i genetickou analýzu) a jako jediná v České republice podle platné legislativy provádí u zesnulých s podezřením na tuto diagnózu zdravotně bezpečnostní pitvy (Jiráček, 2013, s. 174).

### **3.7. Terapie**

Kauzální léčba CJD v současné době není známa. Vědci testovali mnoho nejrozumnějších léčiv včetně amantadinu, steroidů, interferonu, acykloviru, antivirových a antibiotik. Studie dalších léků stále probíhají, doposud však nebyl objeven lék, který by dokázal tuto nemoc vyléčit (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2017).

Využívá se proto pouze léčba symptomatická. K potlačení myoklonů je podáván clonazepam či natriumvalproát. U neuropsychických příznaků jsou na místě sedativa či antipsychotika. Při bolestech jsou podávány opiáty (Jiráček, 2013, s. 175; Beneš, 2009, s. 375).

Pacient je odkázán na paliativní péči, zvláště pak na ošetrovatelskou péči k prevenci komplikací imobilizace. Velmi významnou roli hraje také práce s rodinnými příslušníky – edukace, podpora a podpůrná psychoterapie (Jiráček, 2013, s. 175).

### **3.8. Prognóza**

Prognóza CJD je infaustní. Nemocný obvykle (v 90%) umírá do jednoho roku od počátku příznaků (Beneš, 2009, s. 375).

### **3.9. Prevence**

Podle metodiky kontroly zdraví zvířat a nařízené vakcinace na rok 2017 se vyšetřují všechna uhynulá a utracená zvířata starší 2 roky, čímž dochází k prevenci a tlumení některých TSE (Ministerstvo zemědělství, 2016, s. 7).

Jako prevenci lze uvést také nemožnost darování krve ani jiných krevních derivátů osobami, které pobývali v letech 1980-1996 déle než 6 měsíců ve Velké Británii nebo ve Francii. Nebo pokud zde v této době dostali krevní transfúzi (Rohan, 2015, s. 119).

Za rizikové osoby jsou dále považovány příjemci tvrdé pleny mozkové, příjemci hormonů hypofýzy získaných z lidského kadaveru, příjemci transplantátů rohovky a členové rodin s dědičnou TSE (Kratochvílová, 2012, s. 2). Tyto osoby rovněž nemohou darovat krev ani její deriváty.

### **3.10. Doporučení pro ošetrovatelskou péči (možnosti léčby)**

Možnost vyléčení neexistuje. Pacient je po stanovení diagnózy předán do paliativní péče.

Paliativní péče o pacienty s CJD nevyžaduje žádná zvláštní epidemiologická opatření (pacienty není třeba izolovat) a řídí se běžnými standardy paliativní péče. Pro ošetřující personál nepřináší žádné zvýšené infekční riziko, onemocnění není ani sexuálně přenosné (Jiráček, 2013, s. 174). Nejsou potřebná žádná speciální opatření při manipulaci s příbory ani prádlem. Pacienti mohou absolvovat vyšetření běžnými diagnostickými postupy. V maximální míře by se však měly preventivně používat jednorázové pomůcky. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat lumbální punkci. Lékař je povinen používat jednorázové ochranné pomůcky (plášť a rukavice) a použitý materiál je nutné shromažďovat ve speciálních kontejnerech s označením „biologicky nebezpečný odpad“. Je důležité zajistit jeho urychlenou likvidaci spalováním (Gdovinová, 2013, s. 150).

## 4. Paliativní péče

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. „(Sláma, 2011, s. 25)*

Paliativní péče je přístup, který pomáhá zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin. Za pomoci správného hodnocení a léčby bolesti zmírňuje utrpení pacientů. Zabývá se nejen fyzickými problémy, ale také psychosociálními a duchovními strastmi nemocného (WHO, 2017).

Definice paliativní péče jsou odlišné v různých zdrojích a jednotná definice neexistuje. Jednoznačným cílem paliativní péče je však zmírnění utrpení a dosažení co nejlepší kvality jak pacientova života, tak i celé jeho rodiny (Hametner, 2015, s. 19).

Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat vysoce individuálně a znát všechny jeho potřeby (fyzické, psychosociální i spirituální). Nezbytným základem při spolupráci zdravotníků a pacienta (včetně jeho rodiny) je dobrá komunikace (O'Connor, 2003, s. 29).

Velký důraz je rovněž kladen na přání pacienta a veškerá léčba musí být vždy poskytována s pacientovým souhlasem.

### 4.1. Multidisciplinární přístup v paliativní péči

Předpokladem úspěšné paliativní péče je za všech okolností spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu.

Paliativní postupy integrují medicínu, ošetřování, sociální práci, duchovní péči, fyzioterapii, ergoterapii a další (Schuler, 2010, s. 216).

Multidisciplinární tým tedy tvoří lékaři různých specializací, zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti (praktické sestry), dietní sestra (nutriční terapeut), sociální pracovník, rehabilitační pracovník (fyzioterapeut), psycholog, psychiatr, duchovní, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby. Odborníci se scházejí a společně řeší, jak nejlépe řešit individuální potřeby nemocného (Adam, 2004, s. 27).

Kromě týmu nejrůznějších odborníků je velice důležité spolupracovat také s rodinou a přáteli pacienta.

### 4.2. Historie paliativní péče

#### 4.2.1. Historie paliativní péče ve světě

Již ve středověku vznikaly při některých klášterech útulky pro těžce nemocné. Významným mezníkem byl v tomto ohledu rok 1842, kdy bylo v Lyonu Jaenne Garnierovou založeno společenství žen, které svůj život zasvětily péči o umírající. V roce 1847 společenství žen otevřelo první dům, který pojmenovaly „**hospic**“ (= původně „útulek poutníků“, místo,

kam jsou přijímáni pacienti na konci svého života). V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v Irsku kongregaci Sester lásky, které doprovázely nemocné při umírání a za tím účelem založily několik institucí v Irsku i v Anglii (Adam, 2004, s. 19).

V jednom z hospiců založených kongregací Sester lásky (hospic svatého Josefa v Londýně) pracovala také Cicely Saundersová (členka Sester lásky) nejprve jako sestra, ale po dokončení studií jako lékařka, a postupně zde formulovala základy lékařské péče, které byly uzpůsobeny potřebám umírajících. Saundersonová byla významně ovlivněna učením psychologa Carla Rogerse a to především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocnými. Souhrn jejích myšlenek byl shrnut v konceptu „celkové bolesti“ (= **bolest je nerozlučně spjata s utrpením v psychické, sociální a spirituální oblasti**). Výsledkem snahy Saundersonové bylo založení hospice svatého Kryštofa v Londýně, kde byla péče o pacienty s celkovou bolestí poprvé poskytována multidisciplinárním týmem. Z jejích výzkumů totiž vyplývá, že **jednotlivé složky bolesti nelze řešit odděleně**. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí (Adam, 2004, s. 19).

V druhé polovině 20. století došlo k velkému rozvoji medicíny a nečekané úspěchy naplnily lidstvo optimismem. Ve společnosti začalo převládat přesvědčení, že postupným vývojem medicíny lze zvítězit nad všemi nemocemi. Tímto přesvědčením se však umírající a všichni ostatní, u kterých „vítězná“ medicína nezabrala, dostávali mimo zájem zdravotníků. V této době se objevilo tvrzení, že s pacientem, kterého není možno vyléčit, se nic nedá dělat. A právě na tento postoj reagovalo hospicové hnutí a proti tomuto tvrzení postavilo své vlastní přesvědčení, že bez ohledu na onemocnění a nepříznivou prognózu můžeme v každé situaci udělat něco, abychom zlepšili kvalitu zbylého života. A právě tato myšlenka je náplní hospicové a paliativní medicíny (Adam, 2004, s. 20).

V 70. letech 20. století bylo ve Velké Británii ustanoveno **pět zásad rozvoje oboru paliativní medicíny**:

1. *„Založení oddělení paliativní medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské.*
2. *Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu.*
3. *Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.*
4. *Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích.*
5. *Výuka všech lékařů sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.“ (Adam, 2004, s. 23)*

V USA a ve Velké Británii se následně začaly rozvíjet domácí formy hospicové a paliativní péče. V roce 1975 bylo v Royal Victoria Hospital v Montrealu v Kanadě založeno doktorem Balfourem Mountem první oddělení paliativní péče. Novou formou paliativní péče byly v této době speciální ambulance a paliativní týmy, které začaly působit v nemocnicích v západní Evropě a Americe (Adam, 2004, s. 20).

Rozvoj paliativní péče je v každé zemi jiný a každá má také svá specifika. Rozdílná může být ve financování, způsobu organizace péče, způsobu začlenění do systému zdravotní a sociální péče (Adam, 2004, s. 20-21).

#### 4.2.2. Historie paliativní péče v České republice

V České republice se zájem o paliativní péči rozvinul až **po roce 1989** a to díky tomu, že teprve v té době měla řada českých zdravotníků možnost odcestovat na stáže do zahraničí a získat zde nové teoretické i praktické poznatky v oblasti paliativní péče. Až v 90. letech 20. století začaly vznikat lůžkové hospice. První oddělení paliativní péče na našem území vzniklo v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Vliv na rozvoj paliativní a hospicové péče měly také **odborné publikace**. V roce 1995 otevřela **MUDr. Marie Svatošová** (zakladatelka hospicového hnutí v ČR) náš první hospic, a to **Hospic Anežky České v Červeném Kostelci**. Především její zásluhou pak vznikly hospice ve většině krajích České republiky a v roce 2001 i první mobilní hospic s názvem Cesta domů. O tři roky později, v roce 2004, byl zřízen samostatný atestační lékařský obor: Paliativní medicína a léčba bolesti (Adam, 2004, s. 22).

### 4.3. Rozdělení paliativní péče

Jak již bylo zmíněno výše, paliativní péče by se měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, proto také všech zdravotníků. Měla by ji být schopna poskytnout veškerá zdravotnická zařízení, v rámci své specializace. Ve společnosti sice převládá názor, že pacienti umírají pouze v hospicu, ale dle statistik (z roku 2008) v hospicu ročně zemře pouhé 1 % ze všech zemřelých pacientů (Marková, 2010, s. 20).

Paliativní péči proto dělíme podle její komplexnosti do dvou odvětví.

#### 4.3.1. Obecná paliativní péče

Součástí obecné paliativní péče je správné a včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení další aktivní léčby (zda má smysl), poskytnutí péče, která je důležitá pro kvalitu pacientova života (respektování svobodného rozhodnutí pacienta, léčba bolesti, podpora rodiny) + doporučení k dalším odborníkům (Marková, 2010, s. 20-21).

Zařízení obecné paliativní péče:

- Regionální pečovatelské služby
- Praktičtí lékaři
- Standardní nemocniční oddělení
- Zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče

#### 4.3.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče se provádí v zařízeních, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Dalším rozdílem od obecné paliativní péče je, že v těchto zařízeních je nutností vyškolený zdravotnický personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a také větší



počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby těchto zařízení by pacientovi měly poskytnout podporu kdekoliv (Marková, 2010, s. 21).

#### Zařízení specializované paliativní péče:

- Oddělení paliativní péče
- Lůžkové hospice
- Domácí hospice (mobilní paliativní péče)
- Nemocniční podpůrné (konziliární) týmy paliativní péče
- Týmy domácí paliativní péče
- Komunitní hospicové týmy
- Denní stacionáře
- Ambulance paliativní péče
- Zvláštní zařízení paliativní péče – poradny, tísňové linky (Marková, 2010, s. 21)

### **4.4. Místa poskytování paliativní péče**

#### **4.4.1. Paliativní péče doma**

Forma péče, která je pro většinu pacientů tím nejlepším řešením jak z hlediska sociálního, tak i psychického. Zemřít doma a v blízkosti své rodiny je totiž pro pacienta mnohem humánnější než v nemocnici. Díky nezájmu (někdy dokonce odporu) zdravotních pojišťoven však není domácí paliativní péče v České republice natolik dostupná, aby všichni nemocní, kteří si přejí zemřít doma, tak skutečně zemřít mohli. Mnohdy jsou proto při různých komplikacích převezeni do nemocnice, kde nakonec také umírají.

Pro domácí paliativní péči musí být totiž kromě zajištění financování splněny následující 3 podmínky:

- „Rodina (alespoň jeden její člen) musí být schopna a ochotna převzít celodenní péči o nemocného.
- Nemocný musí s touto formou péče souhlasit.
- Musí být k dispozici tým odborníků, schopný kdykoliv během 24 hodin po sedm dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu (stejně tak musí být k dispozici rodině, která v emočně velmi vypjatých situacích může potřebovat podporu třeba i v noci).“ (Marková, 2010, s. 21-22)

Nejčastější formou specializované paliativní péče poskytované v domácím prostředí je domácí hospic. Zaměstnanci domácího hospicu tvoří multidisciplinární tým, jehož členové jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální a duchovní pracovníci, psychologové a nejrůznější dobrovolníci. Tento tým poskytuje různorodou péči nejen pacientům, ale i rodinám, které se rozhodly postarat se o svého blízkého v domácím prostředí. Členové domácího hospicu jsou schopni vyřešit všechny možné situace, které jsou spojeny s koncem života. Kromě lékařské a ošetrovatelské péče zajišťují rovněž doprovázení rodin umírajícího a podporu blízkých po pacientovi smrti (Marková, 2010, s. 23).

#### **4.4.2. Paliativní péče v nemocnici**

Kvalita paliativní péče poskytované v nemocnicích závisí na mnoha faktorech. Jedním z nejdůležitějších faktorů (často zcela limitujícím) je personální zajištění daného pracoviště. Jako ideální poměr ošetřujících a pacientů v denní službě činí podle zkušeností 1:3, s čímž se v praxi bohužel příliš často nesetkáváme. K dalším neméně důležitým faktorům, patří: schopnost týmu včas rozpoznat, kdy kurativní postupy už pacientovi neprospívají a je potřeba přejít k paliativním postupům, kvalita vzdělání lékařů i sester, fungování multidisciplinárního týmu a otevřenost oddělení pro rodinné příslušníky (Marková, 2010, s. 24-25).

#### **4.4.3. Paliativní péče v lůžkových hospicích**

Lůžkové hospice poskytují nejen lůžkovou péči pro pacienty, ale rovněž ubytování pro rodinné příslušníky (většinou za symbolické částky). Díky vysoké specializaci a počtu personálu, který je speciálně vyškolen pro péči o umírající, poskytují pacientům maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu. Nabízí dále režim co nejvíce přizpůsobený domácímu režimu pacienta, potřebnou péči a podporu. Přístup ke každému pacientovi je vysoce individuální. Hospic řadíme ke zdravotně sociálním zařízením, poskytuje tedy také sociální poradenství pro pacienty, jejich rodiny, případně pozůstalé. Hlavním rozdílem mezi nemocnicí a hospicem spočívá v tom, že péče o umírající pacienty je základním posláním hospice. Ošetrovatelský personál tak vynakládá veškeré své úsilí na zajišťování dobrého umírání pacientů. Většina pacientů do hospice přichází s onkologickou diagnózou – u onkologických pacientů dokážeme častěji rozhodnout, že kurativní přístup již pro ně nemá smysl (Marková, 2010, s. 29).

##### Podmínky pro přijetí do hospicové péče:

- Postupující choroba pacienta ohrožuje na životě
- Pacient potřebuje paliativní péči, ale není nutná hospitalizace v nemocnici
- U pacienta není dostačující domácí péče
- Pacient se pro hospicovou péči dobrovolně rozhodl

Pro přijetí do hospicové péče musí být splněny **všechny** tyto podmínky.

#### **4.5. Proces umírání**

##### **4.5.1. Období pre finem**

Péče o nemocného a jeho rodinu od okamžiku zjištění dané závažné diagnózy až po nástup terminálního stádia – pacient prochází fázemi dle Kübler-Rossově (Svatošová, 2011, s. 122).

##### **4.5.2. Období in finem**

Péče o nemocného a jeho rodinu během terminálního stavu (doprovázení). Lze hovořit o umírání v užším slova smyslu (Svatošová, 2011, s. 122).

#### 4.5.3. Období post finem

Toto období začíná po smrti člověka. Týká se nejen péče o tělo zemřelého, ale také o doprovázení blízkých pacienta, které může být dlouhodobé (Svatošová, 2011, s. 122).

Velká část populace si pod pojmem „hospicová péče“ představuje pouze péči v období „in finem“, což je mýtus (Svatošová, 2011, s. 122).

#### 4.6. Pět fází umírání

Fáze umírání definovala v roce 1969 americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová.

Řadíme mezi ně:

- Popírání
- Hněv/agrese
- Smlouvání
- Deprese
- Smíření

Jako zdravotníci často nevíme, jak adekvátně zareagovat na tyto situace. Ve své knize „*Hospice a umění doprovázet*“ MUDr. Marie Svatošová vysvětluje, jak nejlépe pacientům v jednotlivých fázích pomoci

**Tabulka č. 5** – Adekvátní reakce na fáze umírání (Zdroj: Svatošová, 2011, s. 25)

FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE ŠOK POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE HNĚV VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Či je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli.	Maximální trpělivost.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpení ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
AKCEPTACE SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnaní a pokora, skončil boj, je čas loučení. „Do Tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu.

## **4.7. Potřeby pacienta v paliativní péči**

Pacienti v paliativní péči mají stejné potřeby jako každý jiný člověk. Jejich priority potřeb se však v průběhu vážného onemocnění mohou rychle měnit (Plevová, 2011, s. 111).

Paliativní péče se zabývá kromě tišení tělesné bolesti ve stejné míře také bolestí duševní, sociální a spirituální.

V rámci paliativní péče je rovněž velice důležitá péče o pacientovy blízké, a to jak v období jeho pobytu v nemocnici (hospici), tak i po úmrtí nemocného.

### **4.7.1. Potřeby biologické**

Mezi biologické potřeby řadíme vše, co potřebuje nemocné tělo – přijímání potravy, dýchání, vylučování, pohyb, spánek, netrpět bolestí (Svatošová, 2011, s. 19).

### **4.7.2. Potřeby psychologické**

Mezi psychologické potřeby patří především respektování lidské důstojnosti (pozor na mimoslovní komunikaci!). Každý člověk je jedinečnou bytostí s neopakovatelným posláním. Dále je to pocit bezpečí, který pacient potřebuje – důležité je nemocnému nikdy nelhat (říkat však jen tolik, kolik slyšet chce a kdy to chce slyšet) a neztratit tak u něj důvěru (Svatošová, 2011, s. 20).

*„Zklame-li ho tímto způsobem věhlasný lékař, je to smutné. Zklame-li ho však manželka, která mu kdysi slibovala lásku, úctu a věrnost, zasáhne ho to mnohem víc.“ (Svatošová, 2011, s. 20)*

### **4.7.3. Potřeby sociální**

Potřebou sociální je především potřeba nebýt sám. Pacient však má právo si návštěvy usměrňovat podle svého momentálního citění a musíme ho za každých okolností plně respektovat (Svatošová, 2011, s. 20).

### **4.7.4. Potřeby spirituální**

Potřeby spirituální nemají pouze věřící lidé. V závěru života proto vyhledávají spirituální péči i lidé nevěřící, kteří teprve tehdy začínají řešit životně důležité otázky o smyslu života. Obecně lze říci, že věřícím lidem se odchází lépe a víra většinou napomáhá i jejich blízkým. Každý člověk, ať už věřící či nevěřící, ale potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a že jeho život měl a do poslední chvíle má smysl. Je potřeba pacientovi ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová, 2011, s. 21).

## 5. Použité metody

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila metodu případové studie – kazuistiky. Pro tuto možnost jsem se rozhodla zejména z toho důvodu, že poskytuje jak lékařům, tak nelékařským zdravotnickým pracovníkům praktický náhled na pacienta a přehledné informace o problematice konkrétního onemocnění. Případová studie rovněž umožňuje porovnávat klinické projevy onemocnění u různých pacientů.

**Případová studie** (kazuistika) je záměrná detailní studie jednoho nebo více případů. Při kazuistice je sbíráno velké množství dat od těchto jedinců a cílem je zachytit složitost případu. Pečlivým zkoumáním jednoho nebo několika málo případů můžeme lépe porozumět obdobným situacím. Po skončení studie je zkoumaný případ zařazen do širších souvislostí a je možné ho srovnat s podobnými případy (Hendl, 2016, s. 102).

Vzhledem k tomu, že jsem si pro svou práci vybrala pacientku, která již byla po smrti (z důvodu potvrzení definitivní diagnózy CJD, která je možná pouze pitvou) jsem při sběru dat k případové studii čerpala zejména ze zdravotní dokumentace pacientky. Významně však přispěl rovněž ošetrovatelský personál, který se se mnou podělil o své osobní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí jak o vybranou pacientku, tak i o ostatní pacienty se stejným onemocněním. Abych lépe porozuměla zvyklostem ošetrovatelské péče v konkrétním hospicovém zařízení, rozhodla jsem se zde absolvovat třítydenní odbornou praxi.

O nahlížení do zdravotnické dokumentace jsem písemně požádala ředitele daného hospicového zařízení. V žádosti jsem uvedla, že ve své závěrečné práci nebude uvedeno jméno ani příjmení pacientky a některé údaje budou pozměněny, aby nemohlo dojít k identifikaci pacientky. Rovněž název hospicového zařízení nebude v rámci zachování anonymity pacientky zveřejněn, a to především z důvodu vzácnosti onemocnění. Mé žádosti bylo vyhověno.

## 6. Případová studie

### 6.1. Základní údaje o pacientovi

**Pohlaví:** Žena

**Stav:** Vdaná

**Věk:** 76

**Blízcí příbuzní:** Manžel, dcera, syn

**Náboženské vyznání:** Římskokatolická církev

**Důvod přijetí do hospicového zařízení:** Degenerativní onemocnění nervové soustavy (pravděpodobně sporadická forma Creutzfeldt-Jakobovy choroby)

**Dosavadní průběh hospitalizace:** Pacientka byla přijata na neurologické oddělení okresní nemocnice pro rozvoj závratí, nystagmu, ataxie, kognitivní alterace s postupnou alterací celkového stavu a neklidem. Zde byla hospitalizována 8 dní. Z důvodu diferenciálně diagnostické rozvahy (zvažována Creutzfeldt-Jakobova choroba či paraneoplastický syndrom) byla přeložena na specializované pracoviště zabývající se diagnostikou a terapií TSE do fakultní nemocnice ke zhodnocení stavu. Při této krátkodobé hospitalizaci bylo provedeno vyšetření likvoru a EEG (MR byla provedena již v předchozím zdravotnickém zařízení s negativním nálezem).

**Tabulka č. 6 – Výsledky vyšetření ve fakultní nemocnici**

<b>Vyšetření likvoru</b>	Xantochromie (žluté zbarvení moku), proteinorachie 0,45 g/l, glykorachie 3,7 mmol/l, protein 14-3-3 pozitivní, v cytologickém obraze bez zánětlivé celulózy, nádorové elementy nezastiženy, mírná elevace beta2mikroglobulinu (4,30 mg/l).
<b>EEG vyšetření</b>	Hrubě abnormální záznam generalizované změny, převažuje zatím pomalá aktivita delta a theta, začínající iritační grafoelementy.

**Závěr:** Rychle progredující demence s těžkým frontálním postižením, neklidem, mozečkovým a pyramidovým postižením. Klinický obraz a výsledky pomocných vyšetření splňují podle WHO kritéria pravděpodobné sporadické formy CJD.

Pacientka byla následně převezena zpět na původní oddělení a po domluvě s rodinou byla přeložena do hospicu pro rychle progredující demenci a nepříznivou prognózu onemocnění.

## 6.2. Anamnéza

Anamnéza byla získána od rodiny z důvodu špatného zdravotního stavu a zhoršeného vědomí pacientky.

**Rodinná anamnéza:** Otec zemřel na cévní mozkovou příhodu v 68 letech, matka zemřela v 65 letech na karcinom plic, bratr (72 let) – hypertenze, syn (45 let), dcera (42 let) – oba zdraví, bez neurologické rodinné anamnézy

**Osobní anamnéza:** Stav po ablaci pravého prsu pro karcinom v roce 2001 (duktální karcinom bez postižení uzlin, následně chemoterapie), latentní hyperthyreoza, hypertenze (Egilok 25 mg)

**Gynekologická anamnéza:** Dva spontánní porody, menopauza v 58 letech

**Farmakologická anamnéza:** Egilok 25 mg ½-0-½ (antihypertenzivum)

**Toxikologická anamnéza:** Alkohol příležitostně, kuřačka (5 cigaret/den – dříve, současný stav jí kouření neumožňuje)

**Alergologická anamnéza:** Penicilin, prach, pyl

**Pracovní anamnéza:** Důchodkyně, dříve pracovala jako knihovnice

**Sociální anamnéza:** Doposud žila s manželem a synem v rodinném domě

**Úrazy:** 0

**Operace:** 2001 ablace pravého prsu pro karcinom

**Nynější onemocnění:** Před měsícem se začaly u pacientky rozvíjet závratě, nystagmus, ataxie. Postupně se začínaly přidávat kognitivní alterace s progresí alterace celkového stavu a neklidem.

## 6.3. Zhodnocení stavu při přijetí

### 6.3.1. Zhodnocení stavu pacientky lékařem

Vyšetření pacientky bylo velmi obtížné, nechtěla otevřít oči, ani se položit na záda.

**Objektivně:**

**Hlava:** Na poklep nebolestivá, oči pevně sevřené, po otevření očí zornice izokorické, mióza, dutina ústní klidná.

**Hrudník:** Jizva po ablaci pravého prsu pro karcinom klidná, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční s ojedinělými extrasystolami, TF: 80/min.

**Břicho:** Palpačně měkké, prohmatné, klidné, nereaguje bolestivě, játra nezvětšena.

**Dolní končetiny:** Klidné, bez otoků a varixů, na patách otlaky bez porušení kožního krytu, na pravém kotníku povrchová exkoriace (pravděpodobně po kurtování v předchozím zdravotnickém zařízení).

Pacientka byla v předchozím ZZ krmena nazogastrickou sondou, kterou si při převozu vytrhla.

Při vyšetření lékařem, byla pacientka klidná a nebylo třeba ji kurtovat.

**V případě úmrtí pacientky je nutno zajistit pitvu na patologickém oddělení specializovaného pracoviště ve fakultní nemocnici (převoz hrazen pojišťovnou).**

### **6.3.2. Zhodnocení stavu pacientky sestrou**

Pacientka při překladu do hospice somnolentní, při vědomí, ale kontakt se nedaří navázat, na buzení reaguje odmítavě, choulí se „do klubička“ na pravý bok. Nemluví, na oslovení či dotek nereaguje. Dolní končetiny drží aktivně reflektované v kyčlích i kolenou, občas prudké pohyby končetin.

Ošetrovatelskou anamnézu od pacientky nebylo možno zjistit, bylo využito spolupráce s rodinou a informace získány od manžela.

**Alergie:** Penicilin, prach, pyl

**Pohyblivost:** Imobilní

**Výživa, hydratace:** Do přijetí do hospicu byla pacientka krmena nazogastrickou sondou, kterou si vytrhla při převozu sanitkou. Pacientka nedrží žádnou dietu (pouze nechce jíst v pátek maso vzhledem ke svému náboženskému přesvědčení), stravu v poslední době přijímala tekutou pomocí NGS. Oblíbený pokrm: svíčková omáčka, nastrouhaná mrkev s jablkem a skořicovým cukrem, banánový jogurt. Oblíbený nápoj: jablečný džus, kakao, zelený čaj.

**Hygiena:** Pacientka zcela odkázána na pomoc sestry, doma obvykle prováděla hygienu ráno, zuby je zvyklá si čistit 2x denně – ráno a večer (zuby má vlastní, bez protézy), má ráda koupel ve vaně, líbí se jí, když jí někdo myje, fěnuje a češe vlasy

**Dýchání:** Dýchá spontánně, kuřačka – 5 cigaret/den, zdravotní stav při přijetí jí kouření neumožňuje

**Soběstačnost:** Proveden test soběstačnosti dle Barthelové s výsledkem **0 bodů** – pacientka je **zcela nesoběstačná** (najedení, napití – neprovede, oblékání – neprovede, koupání – neprovede, osobní hygiena – neprovede, kontinence stolice – trvale inkontinentní, kontinence moči – trvale inkontinentní, použití WC – neprovede, přesun lůžko-židle – neprovede, chůze po rovině – neprovede, chůze po schodech – neprovede)



**Bolest:** Ne

**Změny na kůži:** Začínající dekubitus na sakru, otlaky na patách, na pravém kotníku oděrka na kůži

**Vyprazdňování moči + stolice:** Zcela inkontinentní, zaveden PMK

**Spánek:** Většinou spala klidně celou noc. Byla zvyklá spát při pootevřeném okně s teplou peřinou (ráda přikryta až po krk) a s ponožkami. Rodina předává oblíbený polštář a plyšovou hračku, se kterou byla zvyklá usínat v ruce. Preferuje flanelové povlečení.

**Stav kůže a riziko dekubitů:** Proveden test dle Nortonové s výsledkem **11 bodů – riziko vzniku dekubitu** (schopnost spolupráce – žádná, věk > 60, stav kůže – suchá, přidružené onemocnění – degenerativní onemocnění CNS (+ závratě), fyzický stav – velmi špatný, stav vědomí – zmatená, aktivita – leží, mobilita – velmi omezená, inkontinence – moč, stolice)

**Významný handicap:** Problém se zrakem (kompenzační pomůcka: brýle)

**Riziko pádu:** Proveden test na možné riziko pádu s výsledkem **6 bodů – středně vysoké riziko pádu** (pohyb – neschopna přesunu, vyprazdňování – inkontinence, medikace – užívá rizikové léky, smyslové poruchy – vizuální, mentální stav – demence, věk – 65 let a výše, pád v anamnéze – ne)

**Rodinný stav:** Vdaná

**Děti:** Syn, dcera

**Profese:** Důchodkyně, dříve pracovala jako knihovnice

**Zájmy, koníčky:** Ráda čte knížky (s náboženskou tematikou, detektivky), poslouchá rádio, má kladný vztah ke zvířatům

**Žije:** Na vesnici, zvyklá na kontakt se zvířaty

**Přinesené předměty připomínající domov:** Oblíbený parfém, polštář na spaní + plyšová hračka, fotky rodiny, oblíbené knížky, soška anděla

**Je pro pacientku významná víra?** Ano, pokřtěna, víru dosud praktikovala (každou neděli chodila do kostela, pokud jí to její zdravotní stav umožňoval, v pátek nejí maso)

**Vyznání:** Římsko-katolické

**Volný čas:** Dle manžela by pacientka určitě měla zájem o pobyt v parku či atriu, ráda by sledovala v televizi oblíbené seriály, či poslouchala rádio. Pokud to bude možné, ráda by byla přítomna na mši

**Člen rodiny, který poskytl informace o zvyklostech pacientky:** Manžel

## 6.4. Ošetrovatelský proces

### 6.4.1. Ošetrovatelský proces u diagnóz stanovených při přijetí

#### ***AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY (stanovené k 1. dni hospitalizace)***

1. Porucha celistvosti kůže z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko projevující se začínajícím dekubitem v oblasti sakra.
2. Porucha sebeděče z důvodu základního onemocnění projevující neschopností pacientky vykonávat základní všední činnosti.
3. Agresivita z důvodu základního onemocnění projevující se výrazným neklidem a křikem.

**Diagnóza č. 1: Porucha celistvosti kůže z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko projevující se začínajícím dekubitem v oblasti sakra.**

**Cíl:** U pacientky dojde ke zhojení začínajícího dekubitu v oblasti sakra. Zároveň nedojde ke vzniku dalších dekubitů či jiným změnám na kůži.

**Plán:** Provádět pravidelné polohování pacientky a zajistit kvalitní preventivní péči o pokožku. Pokusit se o mírnou rehabilitaci (začít nejprve s bazální stimulací), pokud to bude vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky možné.

**Realizace:** Přes den i v noci se pacientka polohovala sama. U pacientky bylo po každé koupeli provedeno promazání celého těla olejem či ochranným krémem. Pacientka byla pravidelně přebalována, aby nedošlo k maceraci kůže. U pacientky byla prováděna BS a rehabilitace na lůžku.

**Hodnocení:** Pacientka velmi dobře zareagovala na bazální stimulaci, která u ní byla prováděna 5. den hospitalizace. Následující den bylo možno s pacientkou rehabilitovat na lůžku. 6. den už pacientka dokázala sama sedět a mohla být aktivní léčba dekubitu ukončena, dále byla prováděna pouze preventivní aplikace oleje na celé tělo po každé koupeli. Diagnóza se stala opět aktuální 25. den hospitalizace, kdy pacientka nebyla schopna vydržet vsedě z důvodu prudkého zhoršení jejího zdravotního stavu. 25. den se u pacientky objevily otlaky na pravém boku a bylo nutné pacientku pravidelně a důkladně polohovat po 3 hodinách. 26. den hospitalizace byla u pacientky použita antidekubitní matrace a byl kladen ještě větší důraz na častější polohování pacientky. V okamžiku úmrtí 27. den hospitalizace neměla pacientka žádný kožní defekt.

Diagnóza č. 2: **Porucha sebedpěče z důvodu základního onemocnění projevující se neschopností pacientky vykonávat základní všední činnosti.**

**Cíl:** Pacientka bude schopna vykonávat alespoň některé základní všední činnosti, zejména je nutno se zaměřit na ty, které souvisí se zachováním lidské důstojnosti.

**Plán:** Provádět bazální stimulaci a rehabilitaci na lůžku.

**Realizace:** Po farmakologickém zmírnění agresivity byla u pacientky 5. den hospitalizace provedena bazální stimulace. Dále byla s pacientkou prováděna rehabilitace na lůžku, později i mimo něj.

**Hodnocení:** Po provedení úspěšné bazální stimulace (5. den hospitalizace) bylo možno s pacientkou začít pozvolna rehabilitovat. Vzhledem k velké trpělivosti a důkladnosti ošetrovatelského personálu byla pacientka schopna již 7. den při krmení sedět a spolupracovat. 9. den dokázala sama popíjet tekutiny brčkem. 10. den hospitalizace byl pacientce vytažen PMK a spontánně močila. 12. den si dokázala říct sestřičkám o vysazení na pojízdný záchod a pleny měla pouze na noc. 15. den byla pacientka několikrát posazena do křesla a dokázala sama sníst oblíbenou svačinu, na kterou měla chuť. 16. den chtěla pacientka vstát z postele a sejmout zábrany u lůžka. 24. den hospitalizace byla pacientka velmi slabá na vysazování na pojízdný záchod, ale stále o to žádala. 25. den už pacientka nevydržela sedět a bylo nutné přejít k použití plen. 26. den již pacientka nekomunikovala a byla somnolentní. 27. den od počátku hospitalizace pacientka umírá. Do posledních chvil svého života se však dokázala sama vyprázdnit a jíst oblíbené jídlo. Byl tedy splněn cíl zachování lidské důstojnosti, co nejdéle to jen bylo možné.

Diagnóza č. 3: **Agresivita z důvodu základního onemocnění projevující se výrazným neklidem a křikem.**

**Cíl:** Pacientka nebude neklidná a bude mít správnou farmakologickou terapii k léčbě neklidu a agresivity. Bude zajištěna bezpečnost pacientky, aby neohrožovala sebe ani své okolí.

**Plán:** Aplikovat pacientce léky dle ordinace lékaře na zmírnění agresivity. Zajistit bezpečnost pacientky. Pacientku nekurtovat, pokud to nebude nezbytně nutné pro její bezpečnost.

**Realizace:** Pacientce byly při přijetí aplikovány léky na zmírnění agresivity dle ordinace lékaře (Tiapridal i.m.) a dále po 6 hodinách (6-12-18-24). Dle potřeby a ordinace lékaře byly aplikovány další léky (Haloperidol i.m., Lexaurin 3 mg p.o., Diazepam 5 mg p.o.). Byla zajištěna bezpečnost pacientky pomocí zábran u lůžka a zvýšeného dohledu.

**Hodnocení:** Pacientka byla první den hospitalizace při aplikaci injekce velmi agresivní a manipulace s ní byla možná minimálně ve dvou. První noc už pacientka spala klidně. Tiapridal byl aplikován dle OL každých 6 hodin. Následující dny byla pacientka po

pravidelné aplikaci Tiapridalu relativně klidná. 7. den v noci byla pacientka velmi neklidná a snažila se přelézat postranní zábrany u lůžka (aplikován Haloperidol i.m.). 8. den u pacientky opět dominoval výrazný neklid (přelézala zábrany u postele) a aby bylo možné předejít kurtování, bylo nutné aplikovat Tiapridal i.m. a Haloperidol i.m. Následující dny byla pacientka opět klidnější, snažila se komunikovat a spolupracovat. 12. den spala pacientka klidně do 5:45, kdy se opět projevil výrazný neklid s tendencí opustit lůžko (aplikován Haloperidol i.m. a Tiapridal i.m.). 13. den ráno pacientka urputně křičela, byl jí podán Lexaurin 3 mg a poté spolupracovala bez křiku. Odpoledne měla pacientka návštěvu rodiny a byla klidná. Po jejich odchodu však opět křičela, v 18:00 znovu podán Lexaurin v dávce 3 mg s dobrým efektem. Dostala od rodiny rádio a poslouchala své oblíbené písničky. Další dny byly opět klidnější s občasnými výkřiky pacientky. 17. den hospitalizace pacientka odmítala ležet v posteli. Nechtěla být sama, po návštěvě rodiny se opět zklidnila. 19. den pacientka během dne vykřikovala, odmítala ležet, chtěla sedět, chodit nebo jít kouřit. Byl jí aplikován Tiapridal i.m. a Haloperidol i.m. Byla posazena do křesla a odpoledne měla návštěvu syna, po které byla opět klidnější. 20. den pacientka vykřikovala a stále se svlékala. Po aplikaci Haloperidolu i.m. se zklidnila. 22. den v noci pacientka při žádné kontrole nespala, ve 2:30 chtěla vstávat a přelézat postranice – podán Diazepam 5 mg p.o. 23. den byla pacientka celý den klidná. 24. den pacientka celý prospala. Následující dny již nebylo nutné agresivitu a neklid řešit jako aktuální diagnózu. Agresivita pacientky byla po celou dobu hospitalizace zvládána výhradně farmakologicky a ve spolupráci s rodinou. Nebylo nutné přejít ke kurtování pacientky.

### ***POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY (stanovené k 1. dni hospitalizace)***

1. Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení PMK.
2. Riziko vzniku zácpy z důvodu snížené mobility pacientky a lékové terapie.
3. Riziko dehydratace z důvodu sníženého pocitu žízně a poruchy sebepečce.

Diagnóza č. 1: **Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení PMK.**

**Cíl:** U pacientky nedojde ke vzniku infekce močových cest.

**Plán:** Zabránit vzniku infekce močových cest zejména důslednou kontrolou a dostatečnou hygienou v oblasti zavedení močového katetru. Ponechat pacientce močovou cévku pouze tak dlouho, jak to bude nezbytně nutné.

**Realizace:** U pacientky byla pravidelně prováděna důkladná hygiena genitálu a okolí vstupu močového katetru. Zvýšená pozornost byla věnována případným příznakům počínající infekce. PMK byl vytažen ve chvíli, kdy pacientka začala pociťovat nucení na močení.

**Hodnocení:** Od prvního dne hospitalizace až po 10. den byl kladen velký důraz na hygienickou péči v oblasti zavedení močového katetru. Cévka odváděla dobře. 10. den začala pacientka pociťovat nucení na močení, a tak byl PMK vytažen. Od 10. dne již pacientka močila spontánně, takže dále nebylo nutné řešit potenciální možnost vzniku močové infekce. Za zmíněných 10 dní nedošlo k rozvoji klinických projevů infekce močových cest.

Diagnóza č. 2: **Riziko vzniku zácpy z důvodu snížené mobility pacientky a lékové terapie.**

**Cíl:** Pacientka nebude trpět zácpou.

**Plán:** Pokusit se s pacientkou rehabilitovat, pokud to bude vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu možné. Sledovat vyprazdňování pacientky dle jejích zvyklostí z domova. Pokud pacientka nebude schopna se samostatně vyprázdnit, přejít po dohodě s lékařem k podání přípravků usnadňující odchod stolice.

**Realizace:** U pacientky byla prováděna rehabilitace dle možností (viz výše). Ošetrovatelský personál sledoval frekvenci vyprazdňování a vše řádně zaznamenával do ošetrovatelské dokumentace. Pacientce byl podáván Duphalac (30 ml ráno) p.o. dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Od druhého dne v hospicovém zařízení byl pacientce podáván Duphalac 30 ml (1-0-0). Pacientka po celou dobu hospitalizace netrpěla zácpou.

Diagnóza č. 3: **Riziko dehydratace z důvodu sníženého pocitu žízně a poruchy sebepéče.**

**Cíl:** Pacientka nebude trpět žízní a nedojde k její dehydrataci.

**Plán:** Sledovat příjem a výdej u pacientky. Dohlédnout na podávání přiměřeného množství tekutin v pravidelných intervalech. Sledovat kožní turgor a sliznice pacientky.

**Realizace:** U pacientky byl sledován příjem a výdej všech tekutin. Ošetrovatelský personál navštěvoval pacientku v pravidelných intervalech a dával jí pít její oblíbené tekutiny v dostatečném množství.

**Hodnocení:** Při přijetí do hospicu měla pacientka velmi suchou sliznici v ústech. Ošetrovatelský personál u ní prováděl důkladnou péči o dutinu ústní. Pacientka již od prvního dne přijímala tekutiny dobře pomocí injekční stříkačky. 6. den již sama zvládala pití tekutin brčkem. Od 6. do 22. dne hospitalizace pacientka pila sama dostatečné množství oblíbených tekutin. Od 24. dne hospitalizace byly pacientce opět podávány tekutiny za pomoci injekční stříkačky vzhledem k prudkému zhoršení jejího zdravotního stavu. Pacientka měla po celou dobu hospitalizace přiměřený kožní turgor a netrpěla žízní.

#### 6.4.2. Ošetrovatelský proces u diagnóz doplněných v průběhu hospitalizace

1. Osamělost z důvodu dlouhodobé hospitalizace projevující se verbálním steskem po rodině.
2. Spirituální tíseň z důvodu neschopnosti návštěvy kostela vzhledem ke svému zdravotnímu stavu projevující se prosbou o doprovod na mši.

Diagnóza č. 1: **Osamělost z důvodu dlouhodobé hospitalizace projevující se verbálním steskem po rodině.**

**Cíl:** Pacientka se nebude cítit osamělá.

**Plán:** Zkontaktovat rodinné příslušníky a nabídnout jim možnost pacientku navštěvovat kdykoliv bez omezení. Volný čas pacientky vyplnit činnostmi, které ji baví.

**Realizace:** Rodině pacientky bylo vysvětleno, že v hospicovém zařízení je možná návštěva i mimo obvyklé návštěvní hodiny, kdykoliv si to rodinní příslušníci nebo pacientka budou přát. Rovněž jim byla nabídnuta možnost u pacientky na pokoji přespávat za symbolickou částku. Volný čas pacientky byl vyplněn oblíbenými činnostmi – sledováním seriálů, pobytem v zahradních prostorách hospicového zařízení a četbou jejích oblíbených knih.

**Hodnocení:** Rodina navštěvovala pacientku zpočátku hospitalizace obden. 13. den po odchodu rodiny pacientka křičela a byla velmi neklidná. Taková situace se opakovala několik dní po sobě. Po aplikaci léků na zmírnění agresivity byla pacientka vždy klidnější, ale nejlépe fungovala kombinace léků a přítomnosti rodiny. Manžel pacientky několikrát využil možnost na pokoji své ženy přespát. Pacientce se několik dní intenzivně věnovala stážistka, která jí četla její oblíbené knížky. Za hezkého počasí, a pokud to umožňoval zdravotní stav, byla pacientka vyvezena na vozíku do zahrady. Po celou dobu hospitalizace byla pacientka obklopena svými nejbližšími.

Diagnóza č. 2: **Spirituální tíseň z důvodu neschopnosti navštívit kostel projevující se prosbou o doprovod na mši.**

**Cíl:** Pacientka nebude trpět spirituální tísní.

**Plán:** Pacientce bude předčítáno z literatury s náboženskou tematikou. Pokud to její zdravotní stav dovolí, bude na vozíku odvezena na mši svatou pořádanou v hospicovém zařízení.

**Realizace:** Pacientka byla doprovázena na mši (odvezena na vozíku ošetrovatelským personálem), pokud to její zdravotní stav umožňoval. Pokud pacientka nebyla schopna přesunu na křeslo bylo jí předčítáno z knih s náboženskou tematikou.

**Hodnocení:** Při přijetí do hospicového zařízení bylo manželem pacientky oznámeno, že pacientka je hluboce věřící a její náboženské rituály jsou pro ni velice důležité. Z počátku hospitalizace tedy bylo pacientce každý den předčítáno aktuální evangelium, které se ten den četlo při mši svaté. Její náboženské přesvědčení bylo respektováno ve všech směrech a v pátek byly z jídelníčku pacientky vyřazeny veškeré masné pokrmy. 12. den hospitalizace pacientka požádala, že by si přála účastnit se mše svaté. Jejímu přání bylo samozřejmě vyhověno a na vozíku byla odvezena do hospicové kaple. I následně byla převážena na bohoslužby, když to její zdravotní stav umožňoval.

## 6.5. Zaznamenávání a zhodnocení stavu pacienta v průběhu hospitalizace

V této kapitole je velmi stručně popsána hospitalizace pacientky den po dni v hospicovém zařízení se zdůrazněním změn jejího zdravotního stavu. Pokud není uvedeno jinak, probíhala péče o pacientku obdobně jako podrobněji rozepsané dny hospitalizace.

### 1. den (14. února)

76 letá pacientka byla přijata do hospicu v 11:30. Měla **zaveden PMK**, který odváděl čirou moč. Během transportu sanitkou si vytáhla **nazogastrickou sondu**, kterou měla do té doby zavedenou. Při příjmu byla pacientka velice neklidná, v předchozím zdravotnickém zařízení **byla kurtována**. Aplikován Tiapridal i. m. (dále dle OL po 6 hodinách). Při aplikaci injekce či jakékoliv manipulaci byla velmi agresivní. Manipulace byla možná minimálně ve dvou.

Ve spolupráci s rodinnou byla vyplněna vstupní ošetřovatelská anamnéza a rovněž bylo provedeno lékařské vyšetření.

Po přijetí se ošetřovatelský personál pokusil pacientku nakrmit tekutou stravou ve stříkačce, aby se předešlo nutnosti opětovného zavedení nazogastrické sondy. **Podávání tekutin bylo úspěšné.**

Odpoledne byla pacientka klidná, navštívila ji rodina a poté odpočívala. Večer pacientka opět velmi dobře přijímala tekutou i kašovitou stravou pomocí injekční stříkačky. Spala klidně po celou noc, sama se polohovala.

### 2. den (15. února)

Aplikován Tiapridal dle OL (6-12-18-24). Pacientka byla klidná, jen při přebalování se bránila. Hygiena provedena na lůžku. Celé tělo promazáno olejem a kafrem. **Jedla velmi dobře** – krmena injekční stříkačkou tekutou a kašovitou stravou. Odpoledne bylo pacientce předčítáno aktuální evangelium, aby bylo vyhověno jejím spirituálním potřebám. K večeru pacientku navštívil manžel s dětmi. Provedena kontrola PMK – cévka odváděla dobře. Po návštěvě byla pacientka klidná a spokojená, usnula kolem 20. hodiny.

Vzhledem k nedostatečnému pohybu pacientky a medikaci byl už ráno podán Duphalac v dávce 30 ml, dále podáván každý den ráno.

### 3. den (16. února)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

### 4. den (17. února)

Stav pacientky se výrazně nezměnil, odpoledne **na dotaz, jak se má, odpověděla, že dobře.**



#### 5. den (18. února)

Provedena **bazální stimulace** za pomoci oblíbených předmětů pacientky (oblíbený nápoj – jablečný džus byl využit pro orální stimulaci, oblíbené písničky pro auditivní stimulaci), dále byla provedena také aromaterapie (oblíbený parfém), uklidňující masáž a péče o dutinu ústní. Pacientka **reagovala očima a přikyvováním hlavy dávala najevo, že rozumí**. Po obědě byla provedena mírná rehabilitace na lůžku. Odpoledne pacientka **sama pila oblíbené tekutiny brčkem**.

#### 6. den (19. února)

Pacientka se dokázala na lůžku **sama posadit, kýváním hlavy odpovídala na otázky**.

#### 7. den (20. února)

Pacientka se snažila přelézat zábrany u lůžka. **Velmi se snažila komunikovat, dařila se jí říkat celá slova**. Při krmení **seděla a spolupracovala**. V noci byla pacientka stále neklidná a opět se **snažila opustit lůžko**. Aplikován Haloperidol (1 amp.). Pacientka po aplikaci usnula a spala celou noc.

#### 8. den (21. února)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

#### 9. den (22. února)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

#### 10. den (23. února)

Z důvodu subjektivního pocitu nucení na močení byl **zrušen PMK**. Poté pacientka močila spontánně, **reagovala, komunikovala**, ale byla neklidná. Aplikován Haloperidol a Tiapridal dle OL.

#### 11. den (24. února)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

#### 12. den (25. února)

Pacientka celý den křičela, volala sestru a **přelézala zábrany u lůžka**. Aplikován Tiapridal a Haloperidol dle OL. Odpoledne byla pacientka klidnější. Zvládla požádat sestru o vysazení na záchod, **pleny byly dále ponechány pouze na noc**. Pacientka dokázala formulovat i **delší věty**. **Vyslovila přání účastnit se odpolední mše svaté**. Pacientce bylo vyhověno a na vozíku byla odvozena do kaple. Byla velmi spokojená. V noci spala klidně, ale vzbudila se v 5:45 a poté měla opět **tendence opustit lůžko**.

### 13. den (26. února)

Ráno pacientka **křičela** – aplikován Lexaurin 3 mg, poté spolupracovala bez křiku. Odpoledne měla pacientka návštěvu členů rodiny a po jejich odchodu znovu křičela. V 18:00 aplikován znovu Lexaurin 3 mg – výrazně se zlepšila. Od rodiny dostala rádio, **poslouchala oblíbené písničky** a byla klidná. Haloperidol a Tiapridal aplikován dle OL. Následně spala celou noc.

### 14. den (27. února)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

### 15. den (28. února)

Ráno byla pacientka krmena, ale **svačinu jedla sama**. Požádala o oblíbené jídlo – mrkev s jablkem a skořicovým cukrem. Dopoledne byla na křesle **vyvezena do zahrady**, kde byla spokojená. Sama poté požádala, že už by si raději lehla. Spala klidně celou noc.

### 16. den (1. března)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

### 17. den (2. března)

Během dne pacientka **vykřikovala, nechtěla ležet v posteli, nechtěla být sama**. Po návštěvě rodiny se opět zklidnila. **Manžel využil možnosti u pacientky na pokoji přespát**. Pacientka spala klidně celou noc.

### 18. den (3. března)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

### 19. den (4. března)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

### 20. den (5. března)

Celé dopoledne pacientka **vykřikovala**, že má hlad. Ještě před obědem snědla polovinu rohlíku a několik piškotů. Oběd snědla celý. **Stále se svlékala**. Odpoledne a večer opět **opakovaně křičela**. Ve 22:30 byl podán Haloperidol i. m., dle OL, hodinu poté pacientka usnula.

### 21. den (6. března)

Stav pacientky se během dne nezměnil.

## 22. den (7. března)

Ve 22:00 si pacientka přivolala sestru, že potřebuje na záchod. Vysazena na záchod. Při každé kontrole pacientka nespala. Ve 2:30 chtěla vstávat a **měla tendenci přelézat zábrany**. Podán Diazepam 5 mg p.o., ale pacientka byla stále neklidná – aplikován Haloperidol i.m.

## 23. den (8. března)

Celé dopoledne i odpoledne byla pacientka klidná. **Pospávala a nekřičela**. Hodně se jí věnovala stážistka a četla jí její oblíbené knížky. V noci spala klidně do 23:15, pak **zvracela nazelenalý obsah. Mluvila zcela nesrozumitelně**.

## 24. den (9. března)

Ranní hygiena provedena na lůžku. Pacientka byla vysazena na záchod, ale byla **velmi slabá**, nevydržela dlouho sedět. Celé dopoledne prospala, spala tvrdě i v době oběda, **polední léky nedostala, nevečeřela. Prospala celý den**. Nedostala ani večerní léky. Spala celou noc. Při kontrole **otevřela oči, ale nekomunikovala**. K ránu byla **febrilní** – podán Paralen p.o. Tekutiny polykala (podány injekční stříkačkou). **Dech měla zrychlený**.

## 25. den (10. března)

**Prudké zhoršení zdravotního stavu.**

Pacientka byla **velmi slabá**. Bylo přistoupeno k **opětovnému použití plen**. K jídlu dostala pouze bujón + nutridrink. Pila čaj. Při ranní hygieně byly rovněž ošetřeny nově vzniklé **otlaky na pravém boku** a natřeny Menalindem. Pacientka byla následně pravidelně **polohována po 3 hodinách**. TT zvýšenou neměla, dýchala povrchně. Ve 21:00 TT: **39,2 °C** – podán Paralen, po hodině TT neklesla, přiloženy ledové obklady. Ve 23:30 TT: 37°C. Podány tekutiny.

## 26. den (11. března)

V 9:00 TT: 36,5°C. Pacientka byla **somnolentní, nebylo možné s ní navázat kontakt**, ale tekutiny pomocí stříkačky přijímala. Na přání rodiny byl **aplikován kyslík maskou**, v době jejich dopolední návštěvy se **stav zlepšil**, pacientka **vnímala**. Odpoledne opět **nebylo možno navázat kontakt**. Kyslík byl podán intermitentně, pacientka byla polohována – dostala antidekubitní matraci. Ve 12:30 TT: 35,5°C. Ve 20:15 TT: 37,2 °C, dýchala zrychleně a povrchně. V 0:30 TT: 38 °C – podán Paralen + pacientka byla polohována. 1:30 TT: **38,5 °C** – podán Paralen. 3:00 TT: 36,7 °C – pacientka **nereagovala na oslovení ani dotyk**.

## 27. den (12. března)

Pacientka od rána **nereagovala ani na bolestivé podněty**, dýchání bylo **povrchní, ale pravidelné**. Provedena hygiena na lůžku, dutina ústní ošetřena borglycerinem. Léky podány dle OL, ale pacientka je **velmi špatně polykala**. TT: **37,4 °C**. Na přání rodiny byl opět **podán kyslík**. V 10:30 **pacientka za přítomnosti rodiny v klidu a bez bolesti umírá**. Provedena péče o mrtvé tělo.

**Tabulka č. 7** – Seznam léků, které byly podány pacientce v průběhu hospitalizace

Název léku	Způsob podání	Dávkování	Léková skupina	Základní indikace
Egilok 25 mg	p.o.	½-0-½	Antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor	Léčba hypertenze
Duphalac (perorální roztok)	p.o.	30 ml-0-0	Laxativum	Úprava fyziologického rytmu tlustého střeva při zácpě
Tiapridal 1 amp. (2 ml)	i.m.	1-1-1-1	Antipsychotikum	Léčba poruch chování
Haloperidol 1 amp. (1 ml)	i.m.	1-0-1	Antipsychotikum	Léčba agresivity a hyperaktivity
Lexaurin 3 mg	p.o.	jednorázově	Anxyolitikum	Krátkodobá symptomatická léčba závažných stavů úzkosti
Diazepam 5 mg	p.o.	jednorázově	Anxyolitikum, antiepileptikum	Úzkost, napětí, neklid u neuróz
Paralen 500	p.o.	jednorázově	Analgetikum, antipyretikum	Horečka, bolesti hlavy, kloubů, svalů

## **6.6. Péče o pozůstalé**

Smrtí pacienta paliativní péče nekončí, a tak bylo nutné postarat se i o rodinu zemřelé pacientky. Zvláště pro věřící lidi je důležité se s milovanou příbuznou důstojně rozloučit. Rodinní příslušníci vyslovili přání, že by rádi využili možnosti se se zemřelou rozloučit o samotě.

Tělo pacientky bylo po provedené péči převezeno ve vhodném oděvu do prostoru ticha. Na lůžku bylo červené sametové roucho a na vedlejší stolečku byly zapáleny vonné svíčky.

Rodina byla se zemřelou ponechána tak dlouho, jak si to její členové sami přáli.

Po rozloučení byl rodině poskytnut prostor pro všechny jejich dotazy a předány důležité kontakty, které jim mohou pomoci s veškerým dalším zařizováním.

Rodina byla informována o možnosti kdykoliv přijít do hospicu a využít rad a zkušeností specializovaných pracovníků.

Na členy rodiny si sestřičky vzaly kontakt a následně zasílaly Velikonoční a Vánoční přání.

Rodina byla s péčí o pacientku velmi spokojena, jako důkaz rovněž svědčil děkovný dopis určený všem pracovníkům, zasláný do hospicového zařízení.

## 7. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na paliativní ošetrovatelskou péči o pacientku s nevyléčitelným onemocněním nazývaným Creutzfeldt-Jakobova choroba. Jako metodu zpracování jsem zvolila případovou studii konkrétní pacientky se sporadickou formou Creutzfeldt-Jakobovy choroby.

Vzhledem k vzácnosti onemocnění a malém povědomí zdravotnického personálu jsem si mimo jiné stanovila za cíl popsat klinický stav pacientky od přijetí do hospice až po závěr jejího života. Záměrně jsem proto zvolila metodu popisu jednotlivých dní, a to po dobu konkrétně 27 dní, abych zdůraznila náhlé změny zdravotního stavu pacientky.

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit případná specifika ošetrovatelské péče o takto nemocné pacienty. Nejen mezi laiky, ale i mezi zdravotníky se totiž objevuje myšlenka, že Creutzfeldt-Jakobova choroba je „nemocí šílených krav“ a člověk se může nakazit požitím infikovaného masa či kontaktem s nemocnými pacienty. „Nemoc šílených krav“ je však ve skutečnosti označením pro Bovinní spongiformní encefalopatii, která je pouze nemocí skotu a pro lidskou formu tohoto onemocnění používáme označení variantní Creutzfeldt-Jakobova choroba. Toto onemocnění však doposud v České republice nebylo zaznamenáno. U lidí s diagnózou Creutzfeldt-Jakobova choroba se v 85 % jedná o sporadickou formu onemocnění, která nepředstavuje pro ošetrovatelský personál ani nejbližší členy rodiny při běžném kontaktu riziko nákazy (onemocnění není ani sexuálně přenosné). Ošetrovatelská péče o takto nemocné pacienty rovněž nevyžaduje žádná specifická opatření. Pacienti nemusí být izolováni od ostatních, ale je žádoucí při ošetrovatelské péči preventivně používat jednorázový materiál.

Ošetrovatelská péče o pacienty s variantní Creutzfeldt-Jakobovou chorobou (lidská forma „nemoci šílených krav“) se však liší, neboť z pokusů na zvířatech existuje důkaz, že variantní Creutzfeldt-Jakobova choroba je přenosná krevní transfúzí. Bylo dokonce potvrzeno několik případů (ve Velké Británii v roce 2010), kdy se lidé nakazili od takto nemocného dárce krve. Preventivní opatření se rovněž provádí u darování krve, kdy jsou z darování vyloučeni lidé, kteří v letech 1980-1996 pobývali ve Velké Británii nebo zde v této době dostali krevní transfúzi (Robert Koch Institut, 2010). Ve své bakalářské práci se však touto formou onemocnění nezabývám.

Zvýšenou pozornost je třeba věnovat u všech forem onemocnění opatřením při provádění lumbální punkce, což je jedna ze specifických diagnostických metod, protože není vyloučeno, že kontaktem s kontaminovaným mozkomíšním mokem by k přenosu dojít mohlo. Při tomto výkonu jsou lékaři povinni používat jednorázový plášť a rukavice. Použitý materiál je nutné shromažďovat ve speciálních kontejnerech s označením „biologicky nebezpečný odpad“ a urychleně ho likvidovat spaláním.

Definitivní diagnózu Creutzfeldt-Jakobovy choroby lze prokázat pouze pitvou, a tak je nutné nahlásit specializovanému pracovišti i jen podezření na toto onemocnění. Na tomto

pracovišti se také provádí diferenciální diagnostika (MR, EEG, vyšetření likvoru včetně proteinu 14-3-3 i genetická analýza) a rovněž povinná pitva všech zemřelých.

U vybrané pacientky byla samozřejmě po její smrti rovněž provedena pitva na specializovaném pracovišti a definitivně tak potvrzena diagnóza sporadické formy Creutzfeldt-Jakobovy choroby.

Zpracování teoretické části bakalářské práce zabývající se problematikou Creutzfeldt-Jakobovy choroby bylo velice obtížné, a to zejména z důvodu malého množství dostupných zdrojů o daném onemocnění. Z tohoto důvodu se také v práci objevují některé starší zdroje deseti let, převažují však zdroje novější.

Vzhledem k vzácnosti onemocnění jsem v dostupných zdrojích nenalezla jinou zpracovanou případovou studii či rozsáhlejší doporučení pro ošetrovatelskou péči o takto nemocné pacienty. V tomto ohledu by proto mohla být má bakalářská práce pro ošetrovatelský personál při tvorbě specifického ošetrovatelského plánu v hospicových zařízeních přínosná.

Ve své práci jsem se také snažila zdůraznit důležitost paliativní péče, které je věnována celá kapitola v teoretické části. Pacienti s Creutzfeldt-Jakobovou chorobou nemají v současné době žádnou možnost uzdravení, a tak je velice důležité zaměřit se na zkvalitnění jejich zbývajících života stejně tak, jako například u onkologicky nemocných pacientů.

Všichni pracovníci v hospicovém zařízení udělali maximum pro to, aby pacientka za žádných okolností netrpěla bolestí, nebyla o samotě a aby byly naplněny všechny její potřeby, ať už biologické, psychologické, sociální či spirituální.

Za celou dobu pobytu pacientky v hospicovém zařízení nebylo potřeba přistoupit k jejímu kurtování či zavedení jakýchkoliv invazivních vstupů. Pacientku kdykoliv mohli navštívit členové její rodiny či přátelé. Vždy bylo vyhověno všem jejím požadavkům.

## 8. Závěr

Bakalářská práce v podobě případové studie je zaměřená na paliativní ošetrovatelskou péči o pacientku se sporadickou formou Creutzfeldt-Jakobovy choroby. Hlavním cílem práce bylo popsat ošetrovatelskou péči o pacientku s daným onemocněním a zdůraznit důležitost paliativní péče (vzhledem k infaustní prognóze všech forem onemocnění). Dílčím cílem pak popsat průběh onemocnění (klinický stav pacientky) od přijetí do hospice až po závěr jejího života a zvýšit povědomí o tomto onemocnění mezi zdravotnickými pracovníky.

Výsledkem bakalářské práce je zjištění, že paliativní ošetrovatelská péče o pacientku se sporadickou formou Creutzfeldt-Jakobovy choroby nevyžaduje žádná specifická opatření a postup lékařů i sester při ošetrování konkrétní pacientky byl proveden bezchybně a zcela v souladu se standardy paliativní péče.

Není zcela jasné, do jakého stádia onemocnění je člověk schopen vnímat své okolí, proto by až do poslední chvíle pacientova života k němu mělo být přistupováno za každou cenu profesionálně, empaticky a citlivě.

Pacientka byla přijata do hospicu jako zcela nesoběstačná se začínajícím dekubitem, otlačeninami od kurtování, se zavedeným močovým katetrem a nazogastrickou sondou. Po pár dnech kvalitní péče jedla pacientka své oblíbené jídlo a dokázala se sama vyprázdnit, což je beze sporu velkým úspěchem, neboť zachování lidské důstojnosti je jedním z nejdůležitějších faktorů.

V závěru života netrpěla pacientka bolestí a do poslední chvíle byla obklopena svými nejbližšími.

Stáž v tomto konkrétním hospici, jehož název a adresu z důvodu zachování anonymity pacientky záměrně neuvádím, pro mě byla skutečně velice přínosnou a přesně takto by podle mého názoru měla probíhat ošetrovatelská péče o všechny pacienty za jakýchkoliv okolností.



## Seznam použité literatury

- 1) ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. A dopl. Vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- 2) BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-807262-644-1.
- 3) ČERVINKOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelské diagnózy*. Vyd. 4., rozšířené a přepracované Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-443-7.
- 4) DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- 5) FRANKOVÁ, Vanda a Martina KRAUSOVÁ. Lidské prionové nemoci. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9(3), 116-119. ISSN 1213-0508.
- 6) FRANKOVÁ, Vanda, Iveta STERBINOVÁ, Radoslav MATĚJ, František KOUKOLÍK, Jakub SIKORA, Tomáš BELŠAN. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, kazuistika familiární formy onemocnění. *Interní medicína pro praxi*. 2004 (12), 606-609. ISSN 1803-5280.
- 7) GDOVINOVÁ, Zuzana. Creutzfeldtova-Jakobova choroba. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2013, 76(2), 138-154. ISSN 1210-7859.
- 8) HAMETNER, Ingrid. *100 Fragen zu Palliative Care*. 2. Hannover: BRIGITTE KUNZ VERLAG, 2015. ISBN 978-3-89993-827-2.
- 9) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 10) HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
- 11) HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- 12) HÖNIGOVÁ, Lenka a Jiří NEUMANN. Heidenhainova varianta sporadické Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. 2016, 17(3), 197-202. ISSN 1213-1814.
- 13) JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- 14) JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- 15) KLÁN, Jan a Eva TOPINKOVÁ. Transmisivní spongiformní encefalopatie jako příčina demence způsobená priony. *www.prolekare.cz: Geriatrie a gerontologie*. 2016, 5(1), 39-43.
- 16) KRATOCHVÍLOVÁ, Jaromíra. Doporučený pracovní postup pro ošetrování pacientů s podezřením na CJN, nvCJN a režim dekontaminace a sterilizace. *Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 20.8.2012, 1-6 [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: [https://www.sneh.cz/\\_soubory\\_clanky/4.pdf](https://www.sneh.cz/_soubory_clanky/4.pdf)
- 17) KROMBHOLZ, Richard. Prionové demence. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, 15(3), 125-128. ISSN 1213-0508.

- 18) LUKÁŠ, Josef. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (CJD). Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. 2009, 1. 6. 2009 [cit. 2018-01-11]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/creutzfeldtova-jakobova-nemoc-cjd>
- 19) MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.
- 20) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- 21) MINISTERSTVO ZEMĚDĚLSTVÍ, Státní veterinární správa. *Metodika kontroly zdraví zvířat a nařízené vakcinace na rok 2017* [online]. 7. 11. 2016, 2-74 [cit. 2018-01-12]. Dostupné z: <http://www.svscr.cz/wp-content/files/dokumenty-a-publikace/Metodika-kontroly-zdravi-zvirat-a-narizene-vakcinace-na-rok-2017.pdf>
- 22) NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. *Creutzfeldt-Jakob Disease Fact Sheet* [online]. 2017 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Creutzfeldt-Jakob-Disease-Fact-Sheet>
- 23) O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Palliative Care Nursing: A Guide to Practice*. 2. CRC Press, 2003 [cit. 2018-01-29]. ISBN 978-1-138-03037-4.
- 24) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
- 25) ROBERT KOCH INSTITUT. *Kann vCJK durch Blut oder die Anwendung von Blutprodukten übertragen werden?* [online]. Berlin, 2010, 2. 6. 2010 [cit. 2018-01-11]. Dostupné z: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NeueVarianteCJK/FAQ\\_08.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NeueVarianteCJK/FAQ_08.html)
- 26) ROHAN, Zdeněk, Eva PAROBKOVÁ, Silvie JOHANIDESOVÁ, František KOUKOLÍK, Radoslav MATĚJ a Robert RUSINA. Lidské prionové nemoci v České republice – 10 let zkušeností s diagnostikou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2013, 76(3), 300-306. ISSN 1210-7859.
- 27) ROHAN, Zdeněk, Robert RUSINA, Martina MAREŠOVÁ a Radoslav MATĚJ. Lidská prionová onemocnění v České republice. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*. 2015, 64(3), 115-120. ISSN 1210-7913.
- 28) SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
- 29) SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- 30) SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměněné vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- 31) STAŇKOVÁ, Marie, Vilma MAREŠOVÁ a Jiří VANIŠTA. *Infekční lékařství: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-236-2.
- 32) SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- 33) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative Care* [online]. 2017, 8/2017 [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

## **Seznam zkratek**

ALT – alaninaminotransferáza

AST – aspartátaminotransferáza

BSE – bovinní spongiformní encefalopatie

CJD – Creutzfeldt-Jakobova choroba

CNS – centrální nervová soustava

CT – výpočetní tomografie

EEG – elektroencefalografie

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

i. m. – intramuskulární aplikace léku

MR – magnetická rezonance

NGS – nazogastrická sonda

NS – nervová soustava

OL – ordinace lékaře

PMK – permanentní močový katetr

p. o. – podání léku per os

PrP – prionový protein

PrP<sup>c</sup> – buněčná izoforma prionového proteinu

PrPres – prionový protein rezistentní na proteázy

PrP<sup>Sc</sup> – patogenní izoforma prionového proteinu

TF – tepová frekvence

TSE – transmisivní spongiformní encefalopatie

TT – tělesná teplota

vCJD (nvCJD) – nová varianta Creutzfeldt-Jakobovy choroby

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZZ – zdravotnické zařízení

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Klinická stádia CJD .....	16
Tabulka č. 2 – Klinické příznaky CJD na začátku onemocnění a v jeho průběhu .....	16
Tabulka č. 3 – Vyšetření a typický nález u CJD.....	19
Tabulka č. 4 – Diagnostika sporadické CJD.....	19
Tabulka č. 5 – Adekvátní reakce na fáze umírání.....	27
Tabulka č. 6 – Výsledky vyšetření ve Fakultní nemocnici .....	30
Tabulka č. 7 – Seznam léků, které byly podány pacientce v průběhu hospitalizace .....	44

## Přílohy

### Příloha č. 1 – Žádost o povolení nahlížet do zdravotnické dokumentace



UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta

#### Žádost o povolení nahlížet do zdravotnické dokumentace

Studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra

Akademický rok: **2017/2018**

Jméno studentky: **Tereza Kubíčková**

Název bakalářské práce: **Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta s Creutzfeldt-Jakobovou chorobou**

Vážený pane řediteli,

Žádám Vás o povolení nahlížet do zdravotnické dokumentace [redacted] pro zpracování své závěrečné bakalářské práce. Veškeré osobní údaje pacienta i jeho blízkých budou anonymizovány a některé detaily pozměněny, aby nebylo možno pacienta identifikovat. Rovněž identifikační údaje hospicového zařízení nebudou zveřejněny.

Schvaluji / Neschvaluji

Datum: 14. 11. 2017



## Příloha č. 2 – Ošetřovatelská anamnéza









Ošetřovatelská anamnéza			
<b>Vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> porucha vnímání ano – ne <input type="checkbox"/> bez vědomí <b>Orientace:</b> <input type="checkbox"/> orientován(a) <input checked="" type="checkbox"/> dezorientován(a)	<b>Kontakt:</b> <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížený <input checked="" type="checkbox"/> nelze navázat	<b>Soběstačnost: test dle Barthelové</b>	
<b>Psychický stav:</b> <input type="checkbox"/> spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> nespupracuje	<input type="checkbox"/> klidný <input checked="" type="checkbox"/> rozrušený <input checked="" type="checkbox"/> zmatený	1. najedení, napití <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci ..... 10 b. <input type="checkbox"/> s pomocí ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> neprovede ..... 0 b.	<b>Bolest:</b> <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <b>Intenzita:</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> posazován <input checked="" type="checkbox"/> imobilní <b>Alergie:</b> <b>PNC, prach, pyl</b>		2. oblékání <input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci ..... 10 b. <input type="checkbox"/> s pomocí ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> neprovede ..... 0 b.	<b>Zakresli červeně bolest, modře defekt kůže:</b> 
<b>Výživa, hydratace:</b> Diabetik: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Dieta č. .... porce: <input type="checkbox"/> celá <input type="checkbox"/> poloviční Strava <input type="checkbox"/> pevná <input type="checkbox"/> krájená <input type="checkbox"/> mletá <input type="checkbox"/> kašovitá <input checked="" type="checkbox"/> tekutá Výběr stravy: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NG sonda zavedena dne: ..... Chuť k jídlu: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Jaké chutě upřednostňuje: ..... Oblíbený pokrm: ..... Oblíbený nápoj: ..... Porucha polykání: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> nají se sám <input type="checkbox"/> krmen(a) <input checked="" type="checkbox"/> pouze pije Upozornění:		3. koupání <input type="checkbox"/> samostatně nebo s pomocí ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> neprovede ..... 0 b.	<b>Stav kůže a riziko dekubitu – stupnice Nortonové</b> schopnost spolupráce <input type="checkbox"/> úplná ..... 4 b. <input type="checkbox"/> částečně omezená ..... 3 b. <input type="checkbox"/> velmi omezená ..... 2 b. <input checked="" type="checkbox"/> žádná ..... 1 b.
<b>Hygiena:</b> <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> nutná pomoc <input checked="" type="checkbox"/> odkázán na sestru Má rád koupel ve vaně: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Zubní: ..... <input checked="" type="checkbox"/> ráno <input checked="" type="checkbox"/> večer Zubní protěza: ..... <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – horní / dolní Dutina ústní: <input type="checkbox"/> bez nálezu <input type="checkbox"/> povleký jazyk a sliznice <input checked="" type="checkbox"/> suché sliznice <input type="checkbox"/> bolest-zánět / kandidóza-ulcerace Holení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – strojček elektrický / ruční Mýtí vlasů: ..... Péče o nehty: .....		4. osobní hygiena <input type="checkbox"/> samostatně nebo s pomocí ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> neprovede ..... 0 b.	<b>Dekubity:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Stupeň: <input checked="" type="checkbox"/> I. zčervenání <input type="checkbox"/> II. puchýře <input type="checkbox"/> III. hluboké poškození kůže <input type="checkbox"/> IV. nekroza <b>Výprazdnování moči:</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence PMK zaveden dne: ..... Užívá inkontinenční pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Dýchání:</b> Dušnost: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> při nánaze <input type="checkbox"/> v klidu Kůřák: ..... <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		5. kontinence stolice <input type="checkbox"/> plně kontinentní ..... 10 b. <input type="checkbox"/> občas inkontinentní ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> trvale inkontinentní ..... 0 b.	<b>Výprazdnování stolice:</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem Poslední stolice dne: ..... <b>Spánek:</b> Narušený: ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Oblíbený polštář, deka ..... <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> bude přinesen Způsob zakrytí: <input type="checkbox"/> lehce <input type="checkbox"/> po ramena <input checked="" type="checkbox"/> po krk Zvyklosti: .....
<b>Celkem:</b> 0		6. kontinence moči <input type="checkbox"/> plně kontinentní ..... 10 b. <input type="checkbox"/> občas inkontinentní ..... 5 b. <input checked="" type="checkbox"/> trvale inkontinentní ..... 0 b.	<b>Informovanost a consent</b> Byl jsem informován, že na pokoji je Domácí řád a Práva pacientů. Byl jsem informován, že za finanční hotovost a cennosti, které neuchovávám do ústavního trezoru, personál neodpovídá. <b>Podpis nemocného:</b> ..... (v případě neschopnosti podpisu podpis svědka): ..... <b>Anamnézu odebrala sestra:</b> ..... Datum, hodina: .....

## Příloha č. 3 – Ošetřovatelská anamnéza

<b>Regulace tělesné teploty:</b> <input checked="" type="checkbox"/> nic zvláštního <input type="checkbox"/> je mu často zima <input type="checkbox"/> potí se <b>Další invazivní vstupy:</b> Venózní port proplach dne: ČŽK zaveden dne: I.v. kanyla zavedena dne: Epidurální kanyla zavedena dne: <b>Stomie, drény:</b> Tracheostomie – výměna kanyly dne: Kolostomie – výměna sáčku kdy: Nefrostomie – převaz kdy: Drén jaký: ..... převaz kdy: .....	<b>Biografie – způsob života</b> Rodinný stav: vdava Děti, vnoučata: syn, dcera Nejblíže osoba, vztah: manžel, syn, dcera Profese: důchodkyně, dříve knihovnice Zájmy, koníčky: četba, poslech rádia, zvířata Žije na <input checked="" type="checkbox"/> vesnici <input type="checkbox"/> ve městě Zvyklý na kontakt se zvířaty? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Režim dne (pravidelná oblíbená denní aktivita) Přinesené předměty připomínající domov: parket, polštář, plyšová hračka, fotka rodiny, šoska, knížky Je pro pacienta významná věc? <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano víru <input checked="" type="checkbox"/> praktikuje <input type="checkbox"/> nepraktikuje pokřtěn(a): <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Vyznání: <input checked="" type="checkbox"/> římsko-katolické <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> bez vyznání Člen rodiny, který poskytli informace o zvyklostech nemocného: manžel	<b>Má zájem o:</b> <input type="checkbox"/> odpocinek <input checked="" type="checkbox"/> pobyt v parku či atriu vyplnit volný čas <input checked="" type="checkbox"/> televizi <input checked="" type="checkbox"/> poslechem rádia <input type="checkbox"/> poslechem zpěvu <input checked="" type="checkbox"/> četbou <input type="checkbox"/> rukodělné výtvarné práce <input checked="" type="checkbox"/> účast na mši <input checked="" type="checkbox"/> společnost dobrovolníka <input type="checkbox"/> jiné: <b>Přání pacienta:</b> Důležité info pro péči: <b>Hlavní ošetřovatelské problémy:</b> <input type="checkbox"/> bolest <input checked="" type="checkbox"/> únava <input type="checkbox"/> svědění <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> dehydratace <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> zvracení <input checked="" type="checkbox"/> dehydratace <input checked="" type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> nechuť k jídlu <input type="checkbox"/> jiné: <input checked="" type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> škytávka <input checked="" type="checkbox"/> zmatenost <b>Informovanost a consent</b> Byl jsem informován, že na pokoji je Domácí řád a Práva pacientů. Byl jsem informován, že za finanční hotovost a cennosti, které neuchovávám do ústavního trezoru, personál neodpovídá. <b>Podpis nemocného:</b> ..... (v případě neschopnosti podpisu podpis svědka): ..... <b>Anamnézu odebrala sestra:</b> ..... Datum, hodina: .....
---	---	--



**Příloha č. 4 – Okolnosti smrti**

		<h2 style="margin: 0;">Okolnosti smrti</h2>		Č. pokoje:	
				Č. chorobopisu:	
Jméno: 					
Adresa: 					
Datum a hodina úmrtí		Kdo byl přítomen:		Jméno přítomné sestry:	
12.3.  10:30		manžel			
				Lékař, který vyplnil ohledací list:	
					
<b>Nemocný umíral:</b> <input type="checkbox"/> Při plném vědomí <input type="checkbox"/> Při zastřeném vědomí <input checked="" type="checkbox"/> Ve spánku		<input checked="" type="checkbox"/> Zcela klidně <input type="checkbox"/> V mírném neklidu <input type="checkbox"/> S výrazným neklidem		<input checked="" type="checkbox"/> Zcela bez bolestí <input type="checkbox"/> S mírnými bolestmi <input type="checkbox"/> V silných bolestech	
<b>Úmrtí bylo oznámeno komu z rodiny:</b> manželovi		<b>V kolik hodin:</b> 11:00 <b>Kým:</b>		<input type="checkbox"/> telefonicky <input checked="" type="checkbox"/> osobně	
<b>Soupis pozůstalosti vydané rodině:</b> <small>(hotovost do 1000,- Kč, pas, řidičský průkaz, hygienické potřeby, oblečení, předměty denní potřeby – mobil, rádio, hodinky, holící strojek apod.)</small>			<b>Cennosti a finanční hotovost předaná do trezoru:</b>		
1x kabát 1x župan 1x ručník 1x žínka 1x pyžamo 3x pyžamový kabátek 1 pár ponožek 1 pár bačkor toaletní potřeby			Hotovost nad 1000,- Kč:		
			Vkladní knížky:		
			Kreditní karty:		
			Šperky – žlutý či bílý kov:		
			Klíče:		
			Jiné cennosti: rádio		
<b>Předáno rodině dne:</b> Předal(a): Převzal(a): Číslo OP: Adresa:			<b>Předáno do trezoru v účtárně dne:</b> Předal(a): Převzal(a):		

Příloha č. 5 – Péče o pozůstalé

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%; height: 40px; background-color: black;"></div> <h2 style="margin: 0;">Péče o pozůstalé</h2> </div>				
Jméno člena rodiny: <div style="background-color: black; width: 150px; height: 15px;"></div>			Vztah:	
Adresa: <div style="background-color: black; width: 150px; height: 15px;"></div>				
Jméno člena rodiny: <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px;"></div>			Vztah:	
Adresa: <div style="background-color: black; width: 150px; height: 15px;"></div>				
Kalendář výročí:	<b>1 měsíc od úmrtí:</b> Kdy: 12. 4. <div style="background-color: black; width: 20px; height: 10px;"></div> Kdo:	<b>Vzpomínkové setkání:</b> Kdy: <div style="background-color: black; width: 40px; height: 10px;"></div> Kdo: sociální pracovnice <input type="checkbox"/> rodina se účastnila <input type="checkbox"/> rodina se neúčastnila	<b>První vánoce od úmrtí:</b> Kdy: <div style="background-color: black; width: 40px; height: 10px;"></div> Kdo:	<b>1 rok od úmrtí:</b> Kdy: 12. 3. <div style="background-color: black; width: 20px; height: 10px;"></div> Kdo:
<b>Rizikové faktory komplikovaného truchlení u pozůstalého člena rodiny:</b>				
<b>Charakteristika pozůstalého</b>	Pozůstalý je:	<input type="checkbox"/> mladý partner <input checked="" type="checkbox"/> starý manžel v dlouhodobém manželství <input type="checkbox"/> na zemřelém citově či existenčně závislý <input type="checkbox"/> zcela nepřipraven na smrt <input type="checkbox"/> nespokojen s péčí, kterou poskytoval zemřelému v průběhu nemoci		
	Pozůstalý má:	<input type="checkbox"/> psychické problémy <input type="checkbox"/> známky špatné adaptace <input type="checkbox"/> známky tísně, které vykazoval již před smrtí nemocného		
	Pozůstalý prožívá:	<input type="checkbox"/> více ztrát najednou <input type="checkbox"/> <b>ztrátu smyslu života, mluví o sebevraždě</b>		
<b>Charakteristika umírající osoby</b>	Umírající je:	<input type="checkbox"/> dítě nebo dospívající <input type="checkbox"/> rodič malých dětí		
<b>Charakteristika vztahů v rodině</b>	Pozůstalý:  Rodina:	<input type="checkbox"/> postrádá sociální oporu <input type="checkbox"/> je osamocen <input type="checkbox"/> má konfliktní vztahy s umírající osobou <input type="checkbox"/> nedrží pohromadě <input type="checkbox"/> špatná komunikace v rodině <input type="checkbox"/> smrtí končí vyjímečné manželství		
<b>Charakter nemoci a smrti</b>	Nemoc: Smrt:	<input type="checkbox"/> byla dlouhá a těžká <input type="checkbox"/> byla náhlá a neočekávaná <input type="checkbox"/> proběhla za dramatických okolností		



[illegible]